Prof. Dr. T. PIROZYNSKI
Spitalul Universitar de Psihiatrie — SOCOLA

Psihopatologia Clinică
Proiecţii Actuale

Revista Medico - Chirurgicală
a Societăţii de Medici şi Naturalişti din Iaşi
(supliment) 1993 ISSN: 0048—7848

Scanned with OKEN Scanner

Prof. Dr. T. PIROŻYŃSKI
Spitalul Universitar de Psihiatrie — SOCOLA

Psihopatologia Clinică
Proiecţii Actuale

Revista Medico - Chirurgicală
a Societăţii de Medici şi Naturalişti din Iaşi
(supliment) 1993 ISSN: 0048—7848

Scanned with OKEN Scanner

ARGUMENT

Prezentarea şi cuprinsul lucrărilor din capitolele de studii tematice exprimă un exerciţiu mental de observaţii sau constatări supuse întotdeauna unor alternative şi opţiuni ce tind să clarifice unele din aspectele psihopatologiei clinice actuale.

Ele reprezintă un îndemn şi o afirmare a şcolii noastre de psihiatrie şi a continuităţii sale creative, în care se proiectează permanenţa de iniţiative şi caractere ale valorilor medicale şi ale aspiraţiilor lor de căutată depăşire.

Studiul sistematic şi de permanentă cunoaştere ale unor particularităţi şi dezvoltări diferite în lumea noastră oferă psihiatriei actuale, cu extinse modalităţi exploratorii, profunzimi proiective şi niciodată limitate de sensibilitatea şi cunoaşterea condiţiei umane.

Psihopatologia clinică constituie astfel o dimensiune exploratorie şi de o acţională responsabilitate de promovare a stării de sănătate mentală a vieţii şi naturii noastre.

Ea încearcă să cuprindă şi să înţeleagă tulburătoarea patologie a condiţiei psihice în limitele ei faţă de sine şi faţă de propria noastră persoană şi în dominanţa faţă de sursele şi motivaţiile unor relaţii deseori schimbătoare.

Ea este individuală, dar se particularizează întotdeauna printr-o receptivitate participativă la relaţiile existenţiale prin care se elaborează atitudini general distincte cu grade de devianţă sau abateri.

Scanned with OKEN Scanner

Ea exprimă o opţiune cuprinzătoare şi multimodală, cu un demers integrativ de deschidere la un sistem dinamic de funcţionare.

Psihopatologia clinică, şi în conotaţia sa relaţională, devine comprehensivă prin înţelesul său amplu şi mereu perfectibil al unor instrumente şi validări multiple, biomedicale sau psihosociologice.

Ea evită cu obstinaţie limitările rigide, lipsite de toleranţă şi obtuzitatea înţelegerii, cu aspiraţia continuă a probităţii morale ce promovează valoric exigenţele elevante ale spiritului şi omeniei.

La tentaţia deseori a instrumentalizării schematizate şi simpliste noi proiectăm modele de studii şi investigaţii clinice în activităţile medicale actuale, cît şi în elaborările consacrate unor teme de doctorat.

Semnificaţia şcolii noastre medicale, mereu deschisă obţiunilor creative la actualitatea şi perspectivele timpului, rămîne pentru noi un îndemn de o reflexivă căutare a condiţiei de promovare a vieţii şi sănătăţii mentale, a probităţii şi omeniei, ca o proiecţie a devenirii mereu durabile şi niciodată doar facultative.

Prof.Dr.Tadeusz Pirożyński

Scanned with OKEN Scanner

C u p r i n s

ARGUMENT de Prof.Dr.T.Pirozynski 3

I.CONTRIBUTII REMEMORATIVE LA PSIHOPATOLOGIA ACTUALA. 8

T.PIROŻYŃSKI - Profesorul Leon Ballif şi vocaţia unei şcoli medicale - şcoala de la Socola. 10

GH.SCRIPCARU - Rememorări privind psihiatria expertală la Iaşi 26

T.PIROŻYŃSKI, N.COSMOVICI,V.PARASCHIV - Valenţe ale metodei clinice şi psihopatologice 32

N.COSMOVICI, T.PIROZYNSKI - Aspecte psihologice din activitatea ştiinţifică a profesorului Leon Ballif . . 41

C.POSTELNICU - Profesorul Leon Ballif.Rememorări la studiul malarioterapiei şi a sifilisului nervos în Spitalul Socola 51

M.E.BERLESCU - Contribuţia ştiinţifică a profesorului Leon Ballif reflectată în paginile Revistei Medico-Chirurgicale 63

II.CONVERGENTE SI OPTIUNI PROIECTIVE IN PSIHOPATOLOGIA CLINICA. 68

GH.SCRIPCARU, T.PIROŻYŃSKI: - Paradigme şi incertitudini bioetice în psihiatrie 70

T.PIROŻYŃSKI - Victimologia şi aspectele responsabilităţii medicale în psihiatrie. 80

T.PIROŻYŃSKI - Devianţa ca sursă potenţială şi acţiune e unor conduite agresive 89

T.PIROŻYŃSKI - Cîteva aspecte ale psihopatologiei relaţionale privind sursele potenţiale ale conduitelor agresive. 97

C.POSTELNICU, V.HRIMIUC - Particularităţi ale unor interrelaţii actuale în asistenţa de psihiatrie 106

ELENA MONICA CHIRIAC, C.POSTELNICU,TH.HOROPCIUC, OLGA HOROPCIUC - Semnificaţii psihoprotective în asistenţa deficienţelor involutive 115

Scanned with OKEN Scanner

III.DIMENSIUNI ACTUALE IN PSIHOPATOLOGIA CLINICA. . . 121

T.PIROŻYŃSKI,N.COSMOVICI-Depresiile: dimensiuni actuale în psihopatologia clinică. 123

T.PIROŻYŃSKI - Anhedonia : criterii şi dileme în psihopatologia clinică 141

GH.GRECU, MARIETA GRECU GABOS, IOSIF GABOS GRECU- Aspecte actuale ale depresiilor rezistente la tratament 153

P.BOISTEANU - Aspecte actuale în psihopatologia conduitelor agresive induse predominant de alcoolism. 162

R.ANDREI - Factorii bio-medicali şi relaţionali privind vulnerabilitatea permanentă: paşi spre o abordare multidimensională a debutului schizofreniei. 172

IOSIF GABOS GRECU,MARIETA GRECU GABOS - Depresiile: diagnostic, psihofarmacoterapie şi profilaxie. 185

N.VLAD - Psihopatiile şi unele aspecte clinice şi relaţionale. 198

I.BERGHI, D.CHIRA,C.POSTELNICU - Consideraţii psihopatologice privind unele tulburări comportamentale în epilepsii. 207

T.PIROŻYŃSKI - Polimorfismul conduitelor auto - şi hetero-agresive. 213

C.SCRIPCARU - Conduita suicidară: investigaţii şi concept de epistemologie medico-legală. 226

R.ANDREI, MARIA ELENA ŞERBAN, MARICELA COMISU, P.BOISTEANU - Consideraţii asupra cazurilor de suicid în perioada 1.01.1991 - 31.12.1992 (din municipiul Iaşi şi comunele suburbane). 236

Scanned with OKEN Scanner

MARIETA GRECU GABOS, IOSIF GABOS GRECU - Suicidul şi parasuicidul, studiu epidemiologic (un studiu de referinţă pentru anul 1986 în judeţul Mureş) 245

D.CHIRA, CARMEN GAVRILOVICI, VIOLETA NITA: Conduitele autolitice, proiecţii de prevenire şi asistenţă în baza unor observaţii clinice 259

M.E.BERLESCU, CAROLA OFENBERG - Unele aspecte ale violenţei majore în cadrul relaţiei maritale 268

V.ARMASU, C.CHELEMEN: Particularităţi psihopatologice privind asistenţa situaţiilor dificile în beligeranţă.. 277

M.E.BERLESCU - Unele semnificaţii ale modalităţilor de comunicare în familiile disfuncţionale 284

C.BARABOLSCHI, MARIA COSMOVICI, RODICA CANTORIU, C.ROMANESCU - Autismul infantil: aspecte bioclinice şi de asistenţă 292

V.CHIRITA - Psihosindromul algopatic. Interferenţe psihoneurofiziologice 302

LACRAMIOARA FARCASEL: Elemente de psihoneurobiologie şi neurochimie în patologia cerebrală degenerativă demenţială de tip Alzheimer 310

ROXANA CHIRITA - Explorări biologice în sindroamele depresive. 320

T.PIROŻYNSKI, N.COSMOVICI, V.PARASCHIV - Investigaţia experimentală în psihopatologia clinică 326

MARIA COSMOVICI, N.COSMOVICI, V.PARASCHIV - Valoarea psihostatistică a testului Kobs. Etalonare 330

T.PIROŻYNSKI, N.COSMOVICI, MARIA COSMOVICI, V.PARASCHIV - Emergenţa (Implementarea) psihoterapiei în clinica de psihiatrie. Model de cercetare propus şi aplicat la Scoala de psihiatrie din Iaşi. 337

REZUMATE IN LIMBA ENGLEZA 358

Scanned with OKEN Scanner

I. Contribuţii rememorative la psihopatologia actuală

Scanned with OKEN Scanner

PROFESORUL LEON BALLIF SI VOCAȚIA UNEI ȘCOLI MEDICALE - ȘCOALA DE LA SOCOLA

PROF.DR.TADEUSZ PIROŻYŃSKI

Semnificațiile moderne ale unei școli de psihiatrie

Este de datoria noastră să cunoaștem faptele și acțiunile ce dau sens unor contribuții valorice și servituțiilor prin care se instituie durabilitatea unor instituții și școli de psihiatrie.

După cum știm, în succesiunea evenimentelor se afirmă aspirații și valori ce dau forța lor generoasă acelor personalități prin a căror direcție novatoare se promovează cercetarea și asistența psihiatriei noastre. Prin decantarea timpului putem întrevedea unele direcții medicale de anticipare, orientări alternative, contribuții de perspectivă dar și prejudiciante derapaje de omisiuni sau nedrepte judecăți de valoare. Pe drept cuvînt reconstituirea unor veritabile dimensiuni de proiecție umanitară și de cercetare științifică devin liantul de referință succesiunii generațiilor ce dau o distincție proprie adausului lor la necesarul stoc de cunoaștere și informații al vieții noastre și al stării ei de sănătate. O istorie în variabila sa semnificație nu se poate constitui doar din întîmplătoare evenimente. Ea are traiectoria unor înlănțuiri de relații cu valoare de sens și durabile convingeri, depășirea continuă a unor inerții ale timpului, opreliști și devianțe, dar și nedesmințite regăsiri și reconstituiri de permanențe viabile.Aceste permanențe se regăsesc în substanța unor idei ce și-au devansat limitele timpului lor, au operat cu omenească receptivitate la acțiuni și proiecte ce au contribuit sau influențat la ameliorarea bolilor psihice și la destinul bolnavilor ignorați sau aflați în această stare de invalidare (7).

De altfel și în tot decursul omenirii noastre bolile mentale sau au fost ignorate, sau au fost ostil repudiate și rareori li s-au atribuit chiar înțelesuri și puteri supraomenești. Toleranța și compasiunea caritabilă, ca atitudini și grade după particulare convingeri morale, au rămas încă tributare unor necesare statute de generală funcționare a dreptului natural de asistență și protecție a celor invalidați de boli mentale (3). Cu o vizionare luciditate, ce-și amplifică actualitatea, Julian Lukaszewski, întîiul psihiatru de la ospiciul Ieșean de la Golia,

avertiza încă cu un veac în urmă: „Chestiunea alienaţilor fiind foarte importantă şi gravă merită atenţia publicului inteligent, cît şi a autorităţii ţării" (6). Demersul către relaţiile din ce în ce mai complexe ale societăţii, emanciparea conştiinţei civice, cercetarea analitică şi instrumentară a vieţii şi naturii au dat calitatea de propăşire caracteristică începutului nostru de veac, fără precedentele istorice cunoscute la noi, prin forma şi iniţiativele de la începutul funcţionării şi asistenţei sale, a spitalului de psihiatrie Socola. La mai puţin de un deceniu de la darea în folosinţă a Spitalului Socola, la 22 octombrie 1905, prin contribuţia unei proeminente personalităţi medicale şi ştiinţifice cum a fost Alexandru Brăescu (8), primul director al acestei instituţii, ce fundamentează învăţămîntul de psihiatrie şi neurologie şi extrem de confruntata şi dificila proiecţie a asistenţei moderne a bolnavilor psihici (7).

Avem sentimentul de permanenta şi îndreptăţită datorie morală dată de predecesorii şi cei care i-au continuat şi consacrat capacitatea şi crezul lor la afirmarea unor valori umane şi de progres medical.

Nu putem omite şi numeroase sînt consemnările timpului ce ilustrează începuturile de modernitate ale învăţămîntului medical din Iaşi. După cum la fel semnalăm la această epocă unele publicaţii de prestigiu şi durata cum „a fost Buletinul Societăţii de medici şi naturalişti", contribuţia importantă din „Analele Casei Spitalelor şi ospiciilor Sf.Spiridon din Iaşi" sau cele ale „Societăţii studenţilor în medicină" şi alte publicaţii ce au dat răspîndirea informaţiei medicale şi în vie măsură conştiinţei civice şi de sănătate (11).

Nici o durată nu se poate constitui doar din sporadice improvizaţii. Procesul unei culturi ce-şi afirmă identitatea nu poate fi limitat doar la însuşirea cuvintelor. El se realizează viabil printr-un limbaj funcţional însuşit tehnic sau bio-medical ce aparţine unor repere ştiinţifice şi semantice. Limbajul medical susţine astfel şi funcţia instrumentală a limbajului social. Bogăţia limbajului conferă o sursă didactică informaţiei şi însuşire învăţămîntului ca o substanţială condiţie de idei creative, spirituale şi materiale. Valorile se creiază prin ideile limbajului ce difuzează prin acţiuni supuse validării lor critice şi conştiinţei morale a fiecărei societăţi şi a istoriei sale.

Scanned with OKEN Scanner

Personalităţi marcante încă de la jumătatea secolului trecut cum au fost C.Vărnav, Iacob Czihak, Anastasie Fătu, Gh. Ciurea, Gustav Ctrembo, desigur încă alţii ce nu pot fi uitaţi, au dat conţinut constituirii în formă medicală şi ştiinţifică limbii româneşti (4).

Un proces de modernă revigorare, după relaţii cu însemne încă feudale, dă posibilitatea unei opinii publice ce se emancipează, noi instituţii, o presă ce se implică activ în viaţa societăţii şi apar apoi inerente adversităţi, într-o frescă de interese şi opţiuni viu disputate. Constituirea Universităţii din Iaşi şi apoi a facultăţii de medicină în 1879 dau fiinţă unui climat de elevate cunoştinţe, din care unele s-au format la universităţi din străinătate, altele în ţară şi în toate cazurile creează şi dezvoltă instituţii de cercetare şi învăţământ. In acest fericit cumul de împrejurări şi în aceste condiţii de lucidă anticipaţie a unor personalităţi de prestigiu s-a putut înfiinţa spitalul Socola, iar fără această bază de asistenţă medicală, de cercetare ştiinţifică şi învăţământ didactic, nu s-ar fi putut dezvolta şi şcoala de psihiatrie ce-i aparţine (7).

Leon Ballif a dat expresie meritatei sale consideraţii în lucrările, dar şi la orele sale de curs, a acelor contribuţii valoroase de la debuturile psihiatriei noastre moderne, prezentate sugestiv de Julian Lukaszewski în lucrarea „Soarta nebunilor (Anal.cas.Spitalelor şi ospiciilor Sf.Spiridon Iaşi,1983, vol.11,pp 15-62) şi Al.Brăescu în lucrarea,„Cum sînt consideraţi şi asistaţi alienaţii din România" (Bul.Soc.Med.Nat.Iaşi, 1902,pp.171-184 (5,6).

Acest sentiment de respectuoasă memorie a aparţinut şi a putut fi caracteristic personalităţii lui Leon Ballif şi a unei cuprinderi lucide a destinului asistenţei noastre de psihiatrie.

Procesul formării civilizaţiei noastre moderne prin confluenţa unor diverse tradiţii de cultură şi obiceiuri, sau transfer de informaţii şi creativitate, a dat o conformaţie mentală valorilor proprii de limbă, de literatură şi artă, de aspiraţii spirituale şi materiale în care se proiectează şi dimensiunea psihiatriei ca ştiinţă a naturii şi istoriei sale. Acest context creiază în mod inerent o diversitate de tendinţe prin care se filtrează ideologii şi forţe partizane cu mentalităţi şi alienări sau mituri cu putere de acţiune. Generaţiile veacu-

lui nostru în pofida unor splendide performanţe ale ingeniozităţii nu rareori au corodat simţul înţelegerii, toleranţei sau respectului pentru persoana umană.

Sînt cunoscute dificultăţile de constituire ale facultăţii de medicină de la Iaşi, a tentativelor repetate de desfiinţare; aceleaşi dificultăţi le-a avut în funcţionarea sa şi Spitalul Socola (9,10).

Facultatea de medicină se constituie şi s-a dezvoltat prin catedrele sale de profil preclinic, prin cele de profil medical, chirurgical şi cele medico-sociale. O intelectualitate rafinată cu prestigioase personalităţi ale literaturii şi ştiinţei au conferit Iaşului la această răspîntie şi început de veac, dimensiunea civilizaţiei sale moderne şi ale unor durabile tradiţii.

Această succintă introducere ne pare necesară pentru înţelegerea şi respectul ce-l datorăm şcolii noastre de psihiatrie şi ale prestigioaselor sale personalităţi medicale afirmate pe plan naţional şi internaţional. Numele Profesorului Leon Ballif se distinge cu o prestigioasă pregnanţă la ceea ce poate semnifica conştiinţa unei riguroase afirmări morale şi civice ce serveşte culturii şi ştiinţei la valorile permanent umane (8,11).

Leon Ballif provine dintr-o familie de origine franceză şi s-a născut în 1892 în judeţul Vaslui, iar dezvoltarea sa străbate în mod caracteristic perioadele evenimentelor din primul război mondial, relaţiile sociale interbelice şi apoi ceea ce a urmat în perioadele de schimbare în raportul autoritar al societăţii noastre.

Profesorul Leon Ballif şi şcoala de psihiatrie de la Socola, personalitate intelectuală de o puternică analiză şi receptivitate, într-o perioadă vie de afirmări şi tendinţe polare, rămîne pentru noi o semnalare fermă de atitudini ce se poate constata cu prilejul celui de al VI-a Congres de neurologie, psihiatrie şi endocrinologie la care Leon Ballif spunea: „Mentalitatea este relativă. Tot ceea ce este clasic psihopatologiei trebuie prevenit şi tratat"(18).

Absolvent al liceului naţional de la Iaşi, şi-a făcut studiile la Facultatea de medicină, pe care o absolvă în 1918 în plină perioadă de deosebitele încercări ale primului război mondial, dar şi de speranţele şi îndoielile întregii sale generaţii. A fost intern şi extern al Spitalelor Sf.Spiridon în 1914 pînă în 1919 şi devine apoi medic secundar în serviciile medicale ale

acestor spitale pînă în anul 1922. Totodată a devenit şi funcţionat prin concurs asistent la laboratorul de Fiziologie medicală devenind apoi şef de lucrări definitiv la laboratorul de fiziologie medicală, din anul 1921 şi pînă în 1928.

Profilul şi opţiunea medicală şi clinică s-a făcut prin devenirea lui Leon Ballif ca medic secundar la Spitalul de boli mintale şi nervoase Socola începînd cu 1922, şi în continuare în acelaşi spital ca medic primar prin concurs din 1924,pentru a funcţiona apoi ca şef de lucrări definitiv în clinica neuropsihiatrie din Iaşi.

Formaţia clinică, gîndirea sa analitică susţinută de un amplu orizont de informaţie a putut fi probat prin prezentările şi cursurile susţinute cu o deosebită măiestrie prin calitatea avută de conferenţiar de semiologie medicală, din 1930, iar în final prin deţinerea şi conducerea catedrei de Psihiatrie din Iaşi, în 1933, la raportul deosebit de elogios întocmit de C.I. Parhon.

Insuşirea şi instruirea ca bază de analiză, observaţia şi experiment în fiziologia medicală a devenit o probitate analitică şi de examinare clinică pentru exerciţiul de atentă observaţie şi cercetare semiologică a patologiei umane generale.

Leon Ballif face parte din generaţia personalităţilor noastre de excepţie care au fundamentat direcţiile moderne şi bazale ale psihopatologiei clinice experimentale şi relaţionale, ale neurofiziologiei şi ale cercetărilor biologice şi terapeutice, ale endocrinologiei şi ale relaţiilor sale sistemice biomedicale şi a celor de cronogeneză sau de patologie a vîrstelor, din care se proiectează şi în perspectiva prezentului problematica mereu mai complexă a prevenirii şi asistenţei stării de sănătate a vieţii şi societăţii noastre.

Atenta observaţie şi examinare medicală a bolnavilor asistaţi a constituit un model general de investigaţii şi evaluări biomedicale, psihopatologice şi neuropatologice prin care s-au format generaţii de studenţi, medici sau cercetători în studiul psihiatriei şi ale conexiunilor sale medicale şi ale sociopatologiei relaţionale.

Formarea unor contacte şi directă comunicare cu centre ştiinţifice, universitare şi medicale din lume şi îndeosebi din Europa, au dat impuls unor direcţii şi perspective de promovare a stării generale de asistenţă a populaţiei noastre, cu contri-

buţii performante în unele discipline biomedicale la progresele medicinei moderne. Climatul de receptivitate şi disciplină medicală cu mari posibile depăşiri sau ordonate de noi perspective, oferă dimensiunea ce poate marca personalitatea de model şi referinţe în care se pot regăsi sursele, vocaţiile dar şi împlinirile lui Leon Ballif. In continuarea studiilor sale, în care de la început se fixează în cercetarea bolilor mentale şi nervoase, perfectează cunoştinţele sale de fiziologie medicală, iar apoi pentru studiul fiziologiei nervoase prin bursa acordată de fundaţia Rockefeller în Anglia, la Oxford şi Cambridge, sub conducerea unor personalităţi cunoscute de mare prestigiu ştiinţific, cum a fost Sherrington, Langley şi Douglas.

Există însă şi alte dimensiuni a căror semnificaţie poate fi regăsită şi regîndită în alcătuirea mentală şi de conştiinţă a unor responsabile identificări cu societatea în care trăim, cu destinul ei comun şi ceea ce ar putea provoca valorile sale de viaţă. Perioada primului război mondial a marcat şi la noi societatea timpului, precarităţi economice, convulsii sociale, numeroase şi multiple situaţii dificile pentru învăţămîntul universitar şi cel medical.Intr-o ţară în care presa, opinia publică şi cea medicală aduceau la cunoştinţă consecinţele sociale ale pelagrei, ale malariei endemice, ale mortalităţii infantile la cote surprinzătoare, era la fel şi deosebit de grea condiţia de existenţa şi studiu a învăţămîntului universitar şi a celui medical. Pentru începuturile moderne ale psihiatriei era perioada de fiinţare a Spitalului Socola, a primului învăţămînt al bolilor mentale şi nervoase inaugurat de Al.Brăescu şi continuat apoi în 1906 şi pînă în 1912 de Panaite Zosiu, specializat la clinicile din Berlin, Heidelberg şi Paris. Este firesc ca asistenţa bolnavilor psihici să fie marcată de studiul medical şi condiţiile sociale de viaţă, dar sentimentul generos şi de echitate pe care l-au profesat şi cultivat împotriva vicisitudinilor şi a prejudecăţilor acestor generaţii le datorăm întreaga lor umanitară consideraţie (3, 9).

Numirea lui C.I.Parhon prin concursul din 6 noiembrie 1912 la conducerea catedrei de „Boale mintale şi nervoase" de la Facultatea de medicină din Iaşi, devine de fapt însemnul şcoalei de psihiatrie de la Socola.In acest climat de mari personalităţi s-a afirmat Leon Ballif, la care s-a format, colaborat şi a condus cercetarea, asistenţa şi învăţămîntul de psihiatrie.Imediat

funcţionării lui C.I.Parhon la Socola se poate constata în numerele Revistei Medico-Chirurgicale din Iaşi o impresionantă succesiune de lucrări publicate, constituind contribuţii teoretice, lucrări de patologie experimentală şi cercetări clinice care ilustrează o efervescenţă a activităţii medicale şi ştiinţifice din spital.Originalitatea creativă de exigenţă şi riguroasă cercetare fundamentată de progresele biologiei moderne a difuzat spre noi direcţii ale psiho-endocrino- şi neuropatologiei, la interferenţe şi colaborări cuprinse într-o amplă casuistică de studii şi cercetări medicale (8,11).

Rezultatele acestei activităţi cu distinse şi binecunoscute valori confirmate prin academii, congrese şi publicaţii din toată lumea ştiinţifică a făcut să asistăm, la 9 noiembrie 1919, la înfiinţarea societăţii de Neurologie, Psihiatrie şi Psihologie sub conducerea şi iniţiativa lui C.I.Parhon.

Societatea ştiinţifică astfel înfiinţată a organizat între 1920 şi pînă în 1939 un număr de 18 congrese naţionale care au avut loc în spitalele mari de psihiatrie în oraşele şi centrele universitare din întreaga ţară (8,11).

Buletinul societăţii, redactat în limba franceză, a apărut cu regularitate, în ultima sa apariţie în 1947.Redacţia acestui buletin a funcţionat la Spitalul Socola, iar atribuţia şi funcţia de secretar general, a fost încredinţată lui Leon Ballif, iar ulterior şi la calitatea sa de preşedinte.

Este firească şi importantă marcarea unor evenimente, dar semnificaţia şi dimensiunea lor este indiscutabil asociată unor personalităţi distincte, cum au fost: C.I.Parhon,G.Marinescu, Al.Obregia,M.Ciucă, care au dat o liberă direcţie de iniţiativă şi afirmare capacităţilor şi preferinţelor de aspiraţii ale cercetării medicale în perspectiva contribuţiilor şi ale rezultatelor lor.Numai în acest raport de colaborare şi iniţiative creative s-au dezvoltat şcoli medicale cum a fost şi cea de la Socola.

Leon Ballif a continuat să conducă aceste relaţii de colaborare şi cercetare, de menţinere şi dezvoltare ale Buletinului Societăţii de Neurologie, Psihiatrie, Endocrinologie cît şi a conducerii Spitalului Socola, ca medic primar director al acestui spital, din anul 1928 şi pînă în 1951.

Autoritatea ştiinţifică a lui Leon Ballif s-a distins prin spiritul sobru şi generos de deschidere către informare şi cer-

cetarea noului în medicină, ceea ce a îndreptăţit alegerea sa ca preşedinte al Societăţii de Medici şi Naturalişti din Iaşi în repetate rînduri, în 1933,în 1935,1937 şi apoi în 1939 (4).Astfel o veritabilă şcoală de psihiatrie s-a putut face numai prin ascendentul unor personalităţi creative, ce au cultivat cu stima şi ţinuta lor, colaboratorii lor valoroşi, cu o generozitate ce l-a ajutat şi susţinut moral şi material în afirmarea şi ascensiunea lor medicală şi ştiinţifică. Este bine cunoscută asigurarea medicală şi materială ce a fost acordată la generaţii de studenţi, interni sau secundari, care s-au format în serviciile Spitalului Socola din care prin sprijinul şi îndrumarea lui Leon Ballif au promovat apoi la evoluţia lor medicală sau ştiinţifică şi în învăţămîntul universitar.

Confluenţe medicale şi promovarea stării de sănătate mentală.

Opera lui Leon Ballif rămîne cu siguranţă un model de referinţă, de atitudine şi conduită faţă de bolnavi, colaboratorii săi şi fermele sale convingeri umane şi civice. Opera şi contribuţia sa cuprinde şi ampla dimensiune a cercetărilor biomedicale în patologia clinică şi experimentală a psihiatriei, neurologiei, endocrinologiei, studii şi cercetări de malarioterapie, cercetări de fiziologie şi neurofiziologie, de igienă mentală şi prevenţie a bolilor psihice, înfiinţarea şi extinderea unor secţii şi servicii de psihiatrie, participări la Congrese medicale din ţară şi în străinătate, la deosebitul merit de a asigura şi dezvolta Buletinul de Neurologie, Psihiatrie, Endocrinologie sub îngrijirea şi funcţionarea sa la Socola (9).

La un volum amplu de lucrări, cu mereu noi perspective de cercetare şi asistenţă medicală, ne putem doar şi parţial limita la unele din direcţiile ce au stat în atenţia psihiatriei noastre.

Asistenţa bolnavilor psihici, pe care Leon Ballif o semnala cu o deosebită preţuire la antecesorii săi, este reluată cu toată gravitatea sa şi la care va reveni cu numeroase analize, intervenţii şi contribuţii.

Rămîne pentru noi modelul exact, lucid şi de oportună intervenţie prezentat în lucrarea „Asistenţa alienaţilor în Anglia şi la noi" (Bull.Soc.Neurol.,Psych.... 1925,3,285)(1) în care apoi, după un scurt istoric şi ordonare de legislaţie se fac în rezumat concluziile înfăţişate la Congresul din Sighetul Marmaţiei:(13).

Scanned with OKEN Scanner

Frecvenţa cazurilor noi cu alienaţie mentală în Anglia e de 3,5 ori mai mare decît în România.

Spitalele(ospiciile) din Anglia asistă (spitalizează), proporţional cu restul populaţiei, de 15 ori mai mulţi bolnavi mentali decît spitalele (ospiciile) din ţara noastră.[1])

Prin insuficienţa paturilor din spitalele noastre se explică marea mortalitate a alienaţilor din România şi, consecutiv, procentul mic al alienaţilor de la noi faţă de restul populaţiei.

Mortalitatea atinge în deosebi cazurile acute susceptibile de vindecare.

Socotim că Ministerul Sănătăţii are datoria de a remedia cît mai urgent situaţia:sporind numărul paturilor bugetare din actualele ospicii; amenajînd verande pentru surplusul bolnavilor din timpul verii (April-Septembrie) punînd în construcţie noi clădiri şi înzestrînd spitalele cu cele strict necesare (paturi,lenjerii,haine,mobilier).

Dacă prin munca rodnică şi perseverentă,depusă pe tărîmul ştiinţei şi al binelui social de cîţiva oameni superiori: profesorii Sutzu,Marinescu, Obregia şi Parhon s-a putu înălţa la noi în ţară (vechiul regat) ştiinţa psihiatrică cu mult peste nivelul celei din Anglia, credem că Ministerului Sănătăţii îi revine măcar datoria de a căuta să facă posibilă primirea în spitale a sărmanilor bolnavi cu mintea rătăcită de a căuta să aducă la îndeplinire dezideratele medicilor psihiatri formulate în congresul de la Iaşi şi repetate în anii următori.

Intr-un context identic, la acelaş Congres (13) la care şi-a prezentat lucrarea Leon Ballif găsim raportul lui V.Ilia „Rapôrt asupra alienaţilor climinali", dar şi unele contribuţii ce premerg dezvoltarea psihiatriei sociale şi a celei de sănătate mentală. Astfel consemnăm „Psihiatria socială" şi „Instabilitatea psihică în viaţa socială" a lui G.Odobescu, sau „Viitorul psihiatriei" a lui Moise Negyi - La numai un an în 1926 (19-21 sept.) la Congresul de la Chişinău consemnăm contribuţia lui G.Preda; „Cîteva propuneri privind asistenţa psihiatrică şi profilaxia mentală" sau „Relaţionismul în psihiatrie; sau lucrarea lui G.Odobescu „Psihozele colective" şi cea a lui N.Pojogo, „Cercetări ştiinţifice asupra psihiatriei moderne.

„Contribuţii în problema obiectului psihologiei şi importanţa lui în psihiatrie (18) şi în această prezentare a unor di-

recţii de afirmare modernă a psihiatriei consemnăm la propunerea energică a lui Leon Ballif,în cadrul acestui Congres, de a interveni la Ministerul Sănătăţii la toate spitalele de alienaţi din ţară să fie numite „Spitale de boli mentale şi nervoase", să se facă statistica tuturor alienaţilor din ţară după modelul ţărilor occidentale, nu numai acelor aflaţi în spital controlîndu-se staţia biroului central Bucureşti, să se mărească toate spitalele de alienaţi existente, toate spitalele de alienaţi să fie considerate de cl.I., nefăcîndu-se deosebire de la un spital la altul.

Aceste propuneri sînt susţinute şi revin şi cu prilejul următorului congres, cel de al VII-lea la Lugoj (14).La acest congres este din nou reluată în 1927, propunerea pentru modificarea legii alienaţilor şi asistenţei lor în spitale la propunere făcută de Leon Ballif, considerată de toţi participanţii la Congres ca „fiind corespunzătoare cerinţelor actuale.Această lege a funcţionat şi a fost aplicată în 1930. De altfel,aceste foarte succinte comentarii, intervenţiile susţinute de Leon Ballif, dar şi contextul general al acestor perioade de timp, în care alienaţia sau psihiatria a devenit şi s-a constituit ca problematică generală a stării de sănătate mentală, sînt traiectorii succesive ale psihiatriei sociale,în vocaţia şi referinţele sale actuale. Putem menţiona astfel fără excepţie valoarea şi preocupările de elaborare explicite a primului „Proiect de lege pentru ocrotirea alienaţilor" încă imediat perioadei de mare dificultăţi după primul război mondial, cînd consemnăm „Buletinul Asociaţiei Psihiatrilor din România";în 1921 (19) ce a avut loc la Iaşi, apoi în cadrul celui de al doilea Congres al medicilor psihiatri - Preşedintele Congresului a fost C.I.Parhon, iar preşedinte de onoare a fost Obreja. In completarea acestui raport constituit din 37 de paragrafe, Radu Popa, medic primar la Socola prezenta raportul asupra modificării legii alienaţilor din 1894. Proiectele au fost însă discutate la Congrese succesive, prezenţa şi contribuţiile repetate ale lui Leon Ballif ca şi alte analize asupra stării de sănătate, cît şi a unor factori de risc şi medico-epidemiologici, configurează dimensiunea şi importanţa problematică a psihiatriei sociale ca o ordonată şi permanentă perspectivă de actualitate.

Astfel contribuţiile lui Leon Ballif pot exemplifica multiple referinţe semnificative pentru starea de sănătate a tim-

Scanned with OKEN Scanner

pului şi mişcarea bolnavilor cu mereu necesara asigurare a formelor de asistenţă psihiatrică.

Iată de exemplu cum este cercetată morbiditatea prin boli psihice, în lucrarea „Mişcarea bolnavilor în spitalul Socola în perioada 1925 (1) din care reţinem analiza a 488 bolnavi internaţi în spital pentru prima dată în următoarea configuraţie: demenţa precoce 18% cazuri, epilepsiile 10% şi urmează în limite apropiate psihozele pelagroase 9,5%, P.G.P.9% confuzia mentală 9%, encefalita letargică cu aceeaşi limită (9%) şi apoi urmează în descreştere statistică,debilitatea mentală, melancolia,demenţele senile, psihozele maniaco-depresive. Această cercetare prin criteriile clinico-etiopatogenice exprimă evident potenţialul şi riscul morbidităţii prin carenţe nutritive, toxice şi infecţioase.

Pelagra şi psihozele pelagroase sînt cercetate de Leon Ballif în numeroase lucrări în 1926,1928,1932 (Bul.Soc.Neurol. Psih..) cu cercetări şi contribuţii pînă în 1947 şi cu prilejul unor rapoarte şi intervenţii de asistenţă medico-socială psihiatrică.

Cu prilejul celui de-al VIII-lea Congres de la Oradea (15) se publica de exemplu următoarea moţiune:

1. Medicii psihiatri ai României Mari, întruniţi la Oradea Mare în al 8-lea Congres anual, au dezbătut trista situaţie a bolnavilor mentali şi roagă respectuos pe Dl.Ministru al Sănătăţii Publice să binevoiască a lua măsuri urgente pentru crearea provizorie de servicii spitaliceşti,în aşteptarea înfiinţării de spitale noi destinate alienaţilor care astăzi nu mai pot fi internaţi din lipsă de loc.

2. Medicii psihiatri, luînd în discuţie raportul doctorului Ballif asupra pelagrei prin care se constată că în Moldova şi Basarabia pelagra este într-o îngrijorătoare recrudiscenţă şi cunoscîndu-se astăzi că este bine stabilit că pelagra este datorită mizeriei şi hranei exclusivă cu porumb, chiar dacă acesta nu este stricat, Congresul mai roagă pe Dl.Ministru al Sănătăţii Publice să intervină la locul în drept pentru a se opri pe viitor, importul de porumb, distribuindu-se populaţiei nevoiaşe, stînjenită de secetă, făină de grîu sau pîine.

Subliniem cu insistenţă, consemnarea doar parţială a unor valoroase contribuţii ale lui Leon Ballif la dimensiunea nedesmînţită a psihiatriei sociale actuale.Cum ne-am putea explica altfel situaţia la acea dată care oferea impuls şi perspective unor autentice studii şi cercetări de psihoigienă sau sănătate mentală.

Memoria istoriei dacă nu este pervertită poate greşi prin ignoranţa informaţiilor, dar ele sînt nepermise respectului faţă de tradiţia şi succesivul adaus la valorile gîndirii şi culturii medicale.De aceea ne pare mereu necesară restituirea morală în actualitatea noastră a unor omisiuni şi false atribuiri.

Leon Ballif a fost purtătorul unei şcoli medicale de psihiatrie şi în această calitate a prezentat Primul Congres Internaţional de Igienă Mentală de la Washington 1930, raport intitulat „Igiena Mentală în Romania", cu intervenţii repetate şi consemnate în volumul publicat cu această împrejurare.Intenn.Comm. for.Ment.Hyg.(12)

Să nu uităm în contextul timpului cercetările pline de interes asupra psihoprofilaxiei bolilor psihice, a psihiatriei sociale sau ale unor relaţii bio-socio-medicale cum au fost prezentate la Congresul de la Cluj din 1934 (16).Cu acest prilej C.I.Parhon prezintă raportul:„Profilaxia bolilor mentale şi igiena mentală în România", G.Marinescu şi Ionescu Sîseşti. „Ereditatea în bolile familiale ale sistemului nervos" sau G.Preda „Ereditatea şi psihismul" şi „Contribuţii la psihologia experimentală la studiul psihiatriei". La Congresul de la Chişinău, din 1935 (17) sînt comunicate lucrări cum ar fi ale lui C.I.Parhon: „Funcţionarea interioară a spitalelor de alienaţi" sau ale lui Leon Ballif, asupra „Organizării şi spitalizării bolnavilor de boli mentale şi nervoase" sau acea marcată contribuţie de sinteză, intitulată:„Necesitatea standardizării psihiatrice româneşti din punct de vedere ştiinţific şi statistic.

Vocaţie şi dinamismul unei psihiatrii actuale

Evocarea lui Leon Ballif deţine pentru noi raţiuni bine întemeiate pentru înţelegerea generaţiilor prezente şi a celor în succesiunea lor.Prin contribuţia sa la dezvoltarea şcolii de psihiatrie de la Socola, prin investiţia sa medicală şi ştiinţifică, dar şi cea morală şi civică prin foste personalităţi sau supuse deseori şi unor dificultăţi şi vicisitudinii, le-a dat totuşi depăşirea spre aspiraţia firească de umanism medical în

folosul autentic al cercetării.

Personalitatea sa complexă şi cu ample direcţionări s-a bazat de o lucidă înţelegere a unor surse şi tradiţii necesare realităţilor noastre din acest secol,în care psihiatria se implică în starea mentală a populaţiei noastre cu o problematică extrem de variată în viaţa societăţii. Contribuţiile sale, analizele şi intervenţiile active au constituit expresia autentică a unor criterii riguros ştiinţifice, constatative, din care au decurs opţiuni critice niciodată ascunse sau omise prin false interpretări.

Leon Ballif a dovedit o înţelegere tolerantă faţă de punctele de vedere ale altora, dar a respins cu fermitate obscurantismul pseudoideologizant de dreapta sau de stînga şi ale extremismelor din toate perioadele vieţii şi culturii noastre,întrunind calităţi şi acţiuni directe prin autoritatea şi răspunderea de a conduce, forma şi dezvolta o şcoală viabilă de psihiatrie.Medic primar director al spitalului Socola din 1928, pe un parcurs de mai bine de două decenii, prin autoritatea sa ştiinţifică şi apoi profesor din 1933, Leon Ballif ca o distinsă personalitate receptivă la progresele modernizării demersului medical şi cel al stării de sănătate, marchează o etapă inegalabilă în traiectoria dezvoltării psihiatriei.Organizarea şi funcţionarea spitalului Socola, a laboratorului de morfologie, biochimie şi serologie, a unor permanente schimburi de informaţii ştiinţifice prin Buletinul de neurologie-psihiatrie ce funcţiona la Socola, ca şi dezvoltarea permanentă a climatului de studiu şi cercetare, aparţin contribuţiei şi spiritului director al acestei personalităţi de permanentă iniţiativă novatoare. A înfiinţat prin fondurile donate de Fundaţia Rockefeler, constituirea special amenajată a serviciului de Cercetări şi tratamente de malarioterapie şi a înfiinţat noi aşezăminte pentru bolnavii cronici, cum sînt cele de la Manta Roşie, Sipote, Răducăneni, Hohotin.Un volum amplu de cercetări şi contribuţii poate fi regăsit în revistele de specialitate din ţară şi străinătate, la teme de neurofiziologie, endocrinopsihiatrice,neuropsihiatrie, explorări biomedicale şi terapeutice şi aşa cum am menţionat importanta contribuţie la fundamentare problematică a psihiatriei sociale. Malaria şi piroterapia în P.G.P. deţine un reper important de contribuţii şi colaborări. Aceste colaborări conduse de Leon Ballif, au identificat examinări comparative, pe o dura-

tă de 50 de ani, la 3527 cazuri asistate în forme diferite de tratament, cu instituirea terapiei cu impaludarea malariei,alte forme de piroteterapie şi apoi în asociaţie cu peniciline. De altfel este o caracteristică neabătută de cercetare privind noi resurse moderne terapeutice, ca şi evaluările biochimice şi psihopatologice prezentate la al doilea Congres Mondial de la Zürich, la care Leon Ballif a susţinut lucrarea publicată privind rezultatele comparate ale schizofreniilor trataţi în asociaţia: insulinoterapiei, seismoterapiei şi fenotiazinele,ce au fost utilizate la acea dată.

Pentru enumerarea doar parţială a acestor înfăptuiri şi iniţiative Leon Ballif aparţine tradiţiilor Scolii în care s-a format şi pe care le-a dezvoltat prin psihiatria actuală în distincta sa dimensiune socială, umanitară şi biomedicală integrativă.

Am insistat în mod deosebit asupra acelui model de semnificaţie ce au motivat şi susţinut fundamentările de bază ale igienei mentale şi ale unor extinse cercetări medico-sociologice care din motive deja amintite au constituit o acţiune întreruptă sau deviată de la dezvoltarea psihiatriei contemporane.

Prin realitatea acestor convingeri, ne permitem a sublinia cu deosebită pregnanţă condiţia civică şi morală a unei generaţii în care s-a distins Leon Ballif şi al cărui model a fost de constante promovări de liberă opţiune şi dezvoltare a cercetării şi asistenţei medicale.Prin aceste evidente calităţi a putut conduce Buletinul revistei, a Societăţii de Medici şi Naturalişti, a Catedrei şi Spitalului Socola, a calităţii de rector al Universităţii din Iaşi. Evidentul său prestigiu a asigurat şi dezvoltat climatul de colaborare al unor multiple direcţii de cercetare, cu valoroase deschideri pluri şi interdisciplinare, posibile doar unor participări de autentică specialitate şi riguroase metode de lucru. Si toate acestea au fost susţinute de un climat protectiv faţă de bolnavii asistaţi dovedind o proverbială toleranţă, înţelegere cu susţinerea celor aflaţi în impas, de la cei din personalul spitalului şi pînă la studenţi şi medici, ce au putut găsi întotdeauna un suport demn şi şanse de promovare. Dar dreapta cumpănă a conduitei şi exigenţei sale s-a afirmat ca un exemplu model de referinţă umană cînd nu a cedat unor oportune compromisuri, tendinţe extreme în 194o, sau după 195o, sau ca rector al universităţii din Iaşi în 1948.

Scanned with OKEN Scanner

Leon Ballif a instituit şi educat obiectivitatea ştiinţifică şi evaluarea critică a cercetării ce aparţin informaţiilor şi progresului medical. A colaborat cu personalităţi de prestigiu ca G.Bacaloglu, M.Balan, I.Bălteanu,M.Ciucă,C.I.Parhon, G.Tudoranu,Zoe Caraman,Marie Briese ca şi foarte numeroşi colaboratori care l-au onorat sub îndrumarea lui la studiile şi cercetările medicale sau la îndrumarea unor teze de doctorat.

Cu aceste cîteva opinii,apare pentru noi vocaţia permanentă a profesorului Leon Ballif pentru dezvoltarea şcolii de psihiatrie de la Socola şi promovarea ei în relaţiile medicale ale lumii noastre contemporane.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.Ballif Leon - Asistenţa alienaţilor în Anglia şi la noi,Bull. Soc.Neurol.,Psychiat.,Psychol.,Endocr.,1925,3,285

2.Ballif Leon - L'hygiène mentale - rapport", Bull.Soc.Neurol., Psychiat.,Psychol.,Endocr.,1931,1-3

3.Ballif Leon, Blumemfeld S.,Moscovici M.(red.),Lucrările ştiinţifice „Acad.C.I.Parhon", Iaşi,1957.

4.Badărău Gh.,Ciurea D.,Pirozynski T.,Teodorovici Gr.-Societatea de medici şi naturalişti din Iaşi la a 150 aniversare (183o-198o),Rev.Med.Chir.,anul LXXXIV,198o, nr.4,6o1-629.

5.Brăescu A.I.: Cum sînt consideraţi şi asistaţi alienaţii din România, Bull.Soc.Neurol.,Psychiat.,Psycholog., Endocr., Iaşi,19o2,6,171-181, (19o3- Dacia,Iaşi).

6.Lukaszewski J.- Soarta nebunilor,Anal cas.spit.şi osp.Sf.Spiridon,Iaşi,1893,vol.I,15-62.

7.Pirozynski T.:Semnificaţia istorică a unor evenimente precursoare înfiinţării învăţămîntului medical universitar din Iaşi,Centenarul învăţămîntului superior universitar din Iaşi, 1879-1989,Ed.Junimea,1982, 57-63.

8.Pirozynski T:Spitalul clinic de psihiatrie „Socola" şi tradiţiile sale de progres medical, în Psihiatria azi, supliment Rev.Med.Chir.,1985,Iaşi,25-37.

Scanned with OKEN Scanner

9. Pirozynski T.: Tradiţie şi perspectivele unei şcoli medicale de psihiatrie, Rev.Med.Chir.,Iaşi,1991,1-2, 139-146

10. Platon Gh.,Cristian V.(red.)- Istoria universităţii din Iaşi, Ed.Junimea,Iaşi,1985.

11. Romanescu C.: Un secol de învăţamînt medical superior la Iaşi, 1987.

12. X X X - First Internat.Cong.on Ment Hyg.(edit.by Frankwood E.W., Heal.at Wash., nr 3-10,1930),publ. by The Intern.Comm.for Mental Hyg.,N,Y.,1932, vol.I, 1-37, 123-126, 443-444

13. X X X - Bull.soc.roum.neurol.,psychit.,psycholog., endocr.,1925,3

14. X X X - Bull.Soc.Roum.,Neurol.,Psychiat.,Psychol.,Endocr., 1927,3,

15. X X X - Bull.Soc.Roum.Neurol.,Psychiat.,Psychol.,Endocr., 1928,5.

16. X X X - Bull.Soc.Roum.Neurol.,Psychiat.,Psychol.,Endocr., 1934,6

17. X X X - Bull.Soc.Roum.Neurol.,Psychiat.,Psychol.,Endocr., 1935,4

18. X X X - Bull.Soc.Roum.Neurol.,Psychiat.,Psychol.,Endocr., 1925 nr.3, 1926 nr.4.

19. X X X - Bull.Asoc.Psihiatr.din Romania,1922,1

Cuvinte cheie:

Scoli medicale de psihiatrie

REMEMORARI PRIVIND PSIHIATRIA EXPERTALA LA IASI

GH.SCRIPCARU

De la prevederile de caracter umanist din „Despre Giudeţul Nebunilor" prevăzute de Pravila lui Vasile Lupu şi care, prin solicitarea vraciului, exprimau caracterul laic al expertizei „bolnavilor ieşiţi din fire", pînă astăzi, cînd faptele ştiinţifice deţin un coeficient epistemologic maxim de probaţie, o filiaţie firească de preocupări şi un progres evident se impun atenţiei noastre, dacă nu ar fi să evocăm decît unele momente mai semnificative.

Atît în presa largă prin Curierul de Iaşi, Eminescu făcea în trecut aprecieri asupra determinismului biologic privind comportamentul extravagant a lui Cuzminski şi asupra agresivităţii interspecifice care astăzi stă la baza etologiei.Dar, îndeosebi în presa ştiinţifică de la noi odată cu Buletinul Societăţii de Medici şi Naturalişti, ce apare din 1887 şi al Societăţii de neurologie,Psihiatrie, Psihologie şi Endocrinologie din 1918, o multitudine de articole fac cunoscute la noi lucrările lui Lombrozo, Kraft-Ebing ca şi a altor lucrări de antropologie criminală, cu disputele ştiinţifice generate în mod inevitabil.

Cercetări originale privind problemele de psihiatrie medico-legală apar şi la noi dacă nu am aminti decît lucrările lui G. Bogdan privind studiul complex al suicidului, ale lui Maria Ropală privind delincvenţa feminină.

Prezentările la congresele de psihiatrie dintre 1920-1938 şi cele ale lui C.Parhon privesc descendenţa bolii Bazedow, biologia stărilor afective sau irascibilitatea şi mononucleoza ca şi cele de criminologie. Prezentarea în revista ieşeană a medicilor şi naturaliştilor a celor 18 congrese de psihiatrie dintre 1920-1938 însumează peste 200 de articole ce apar publicate pe aceste teme. Astfel de publicaţii şi dispute ştiinţifice au dezvoltat ceea ce atît Becaria cît şi Lombrozo (după o perioadă a arbitrariului juridic) au reuşit să contribuie la înlocuirea determinismului absolut al legilor prin cauzalitatea ştiinţifică a faptelor, consecutiv a cercetării etiologiei, patogeniei şi profilaxiei ce a promovat şi la noi o evoluţie pozitivă, în spirală cercetărilor de psihiatrie medico-legală.

Cercetările ce nu pot fi omise sînt de reţinut studiile privind„soarta nebunilor" şi „asistenţa lor din anii 1893 şi 1902

aparţinînd lui Lukaszewski şi Brăescu, studii ce au determinat organizarea asistenţei bolnavilor psihici în Moldova, inclusiv a celor cu comportament nociv.

P.Zosiu, începînd din 1904,publică lucrările cunoscute: „Expertiza psihiatrică sub aspect medical,social şi juridic" şi „Nocivitatea ca simptom de boală mintală". In lucrări este influenţat de determinismul lui V.Conta şi militează pentru condiţionarea predominent biologică a crimei.Astfel se afirmă: „delincvenţa este un epifenomen al tulburărilor psihice, care aduce,a fortiori, iresponsabilitatea şi obligativitatea expertizei,prin medicina legală, psihiatria ridicîndu-se către rolul său social şi juridic".

Consecutiv perioadei ieşene de activitate, în 1936, C.I.Parhon publică lucrarea „Raportul dintre psihiatrie, ştiinţa dreptului şi criminologie", în care, înclină spre determinismul social al crimei, afirmă: „toate fenomenele din natură sînt supuse legii determinismului, printre care şi crima şi delictul, ca reacţii ale unui anumit individ la un anumit mediu social.Dacă, pînă la naştere, dezvoltarea unui individ nu are nimic dependent de el, de aici înainte, evoluţia sa nu va fi mai puţin modelată de condiţiile intrinseci, de mediul cosmic şi cel social în care individul trăieşte".

C.I.Parhon, admiţînd că delincvenţa este un fenomen social, admite implicit şi criteriile sale sociale de analiză şi responsabilitate: „societatea trebuie să studieze factorii biologici şi sociali ce concură la producerea crimei şi să cauze măsurile de îndreptare.S-a spus că fiecare societate are criminalii pe care îi merită, cu alte cuvinte,criminalii care corespund mediului social şi pentru care societatea nu a făcut nimic. De aceea, trebuie să vorbim şi de responsabilitatea societăţii faţă de delincvenţa de care ea este atinsă"

Studiind raportul dintre personalitate şi faptă,în final, C.I.Parhon relevă interdependenţa factorilor biologici şi sociali în determinismul delincvenţei cînd admite că substratul biologic al crimei este developat de condiţiile sociale, de unde nevoia unor cercetări concrete:„s-a spus că nu există boli ci bolnavi. Cu aceeaşi voită exagerare s-ar putea spune că nu există crimă şi criminali. Vreau să spun prin aceasta că fiecare criminal trebuie studiat în mod individual".

Scanned with OKEN Scanner

C.I.Parhon admite apoi specificul deviantei în raport de boala psihică, vorbeşte de reacţiile medico-legale ca exprimînd un delict de natură psihopatologică, vorbeşte de profilaxia devianţei prin asanarea factorilor sociali,precum şi de nevoia afirmării responsabilităţii de către jurişti, definind criminologia ca o preocupare sociologică.

In dezvoltarea unor teze ştiinţifice, penaliştii ieşeni ca V.Pela, I.Tanovicesnu şi N.Buzea s-au preocupat de justificarea căilor prin care ştiinta pătrunde în domeniul dreptului, mergînd pînă la a susţine necesitatea unor judecători specializaţi în expertiza psihiatrico-legală.

Conceptul de om total promovat de C.I.Parhon a fost preluat benefic de L.Ballif şi colaboratorii care au integrat asistenţa bolnavului psihic în impact cu normativitatea între preocupările majore ale psihiatriei sociale şi sanogenezei mintale. Mesaj ştiinţific exprimat în prima lucrare editată după război, la Edit.Junimea, de P.Brânzei,Gh.Scripcaru,T.Pirozynski privind „Comportamentul aberant în relaţiile cu mediul" a deschis preocupările fertile asupra cercetării multidisciplinare,integrative,a comportamentului deviant şi elaborarea următoarelor paradigme:

- Comportamentul aberant, în impact cu relaţiile sociale exprimă şi are valoarea unui simptom predominent de îmbolnăvire mintală ce obligă la o asistenţă medico-socială adecvată;

- Specificitatea comportamentului aberant în raport cu boala psihică şi dinamică morbidităţii psihiatrice, impune metodologii specifice de cercetare multidisciplinară şi integrativă care vizează în final recuperarea şi profilaxia devianţei;

- Investigarea complexă a comportamentului deviant apare drept consecinţă a destructurării nivelele de integrare comportamentală, de la cel genetic pînă la cel axiologic.

Publicarea la noi a unor cromozomopatii în relaţie cu devianţe, a unor descendenţe incestuoase, a corelaţiilor comportamentale la gemenii MZ şi DZ faţă de cei adoptaţi, publicarea unor tulburări comportamentale de natură mezologică într-o comunitate de 1300 copii, cît şi a unor studii de follow-up privind engramarea comportamentului deviant-juvenil la vîrsta adultă, au permis a aprecia modul de îmbinare a factorilor genetici cu cei mezologici în geneza comportamentului deviant.

Scanned with OKEN Scanner

S-a estimat astfel factorialitatea complexă în patogenia devianței ca dificultate de socializare intelectiv-afectivă și lipsa de încorporare a normelor și valorilor morale în personalitate și ca perturbare homeostaziei comportamentale cu lipsa trecerii către un comportament specific uman.Metafora devianței ca un fluviu în care se varsă mai multe rîuri a exprimat același concept;

- Studiul motivațional al comportamentului deviant s-a impus ca cercetare etiopatogenică a originii sale ca și al trecerii la act și alături de investigația psihopatologică clinică a celor peste 25.000 subiecți. El a adus aportul necesar de cunoaștere în înțelegerea naturii și surselor acestui comportament. Investigația psihologică „a completat cu sensibilitate și competență diagnosticul medical și prognoza sa prin evaluarea procesualității unei stări psihopatologice în sistemul relațional al unor factori sanogeni și patogeni dintr-un spațiu ambiental", a apreciat T.Pirozynski în ultimul volum dedicat psihologiei medicale.S-a elaborat astfel un model de studiu integrativ și multidisciplinar încadrat în conceptul antropologiei și cultural istoric, model care implică trinomul personalitate-cultură-societate;

- Discernămîntul, ca rudiment al oricărei conștiințe mentale, ca esență a comportamentului iar acesta din urmă ca latură vizibilă a personalității, deci ca fenomen al integrității psihice, a fost preluat și dezvoltat ca exprimînd fidel specificul și esența comportamentului uman bazat pe anticipare și motivații superioare.

Epistemologia stabilirii sale a inclus o criteriologie biomedicală complexă, dar îndeosebi criterii de natură logică (de evaluare a consecințelor faptei printr-un raționament critic al opțiunilor), de natură axiologică (privind discriminarea dintre bine și rău), de natură juridică (privind adaptarea la mediu și normativitate) și de natură medicală (privind proiectarea și reprezentarea corectă a realității.

Cu ajutorul discernămîntului s-a delimitat științific starea de sănătate față de cea de boală mintală, unde, destructurarea personalității de la axiologic către instinctual transformă fapte într-un simptom de boală și o omologhează cu iresponsabilitatea. In același timp, criteriul discernămîntului

a satisfăcut adecvat tendinţele complementare ale criminologiei actuale de apărare şi recuperare în social.

- Investigarea nivelelor de dezintegrare comportamentală şi a intensităţii lor a permis fundamentarea discernămîntului diminuat ca aspect frapant de corelare a principiilor abstracte ale dreptului cu realităţile medico-biologice concrete;

- S-a statuat apoi, în mod adecvat, problematica expertală medico-legală psihiatrică prin cercetarea existenţei sau nonexistenţei bolii mintale, a relaţiei sale cu fapta imputabilă, a factorilor ce au favorizat trecerea la act ori reinterarea comportamentală, ca şi a criteriologiei discernămîntului ca funcţie de sinteză a capacităţii psihice, a predicţiei nocivităţii unui comportament şi accesibilităţii sale la măsurile de recuperare medicală şi chiar a modulării sale prin ceea ce s-a numit sensibilitatea la sancţiune;

- Cercetările ulterioare au lărgit apoi gama paternurilor de comportament deviant prin studiul reacţiilor medico-legale, a victimologiei sau a incompetenţei mărturiei mintale, cu beneficii directe pentru activitatea judiciară;

- Toate aceste preocupări au permis a fundamenta autonomia psihiatriei medico-legale ca preocupare specifică cu epistemе şi statut ştiinţific propriu, epistemе ce răspund criteriilor epistemologice de definire a ştiinţelor actuale şi anume: categorii şi domeniu propriu de investigare, metodologii specifice ce condiţionează major validitatea paradigmelor elaborate, aptitudinea demonstrării adevărului ştiinţific drept concordanţă a constructelor elaborate cu realitatea faptică, paradigme şi viziuni proprii cu valoare sanogenetică şi prospectiv-nomotetică;

- S-a afirmat atitudinea psihiatriei medico-legale de a devansa jurisprudenţa şi legislaţia prin condiţiile solicitării procedurale a expertizei, prin obligativitatea sa pentru minori, pentru fapte grave, cu motivaţie patologică ori comise în stări excepţionale, demers permanent deschis modulării normativităţii ambientale la realităţile ştiinţifice.

Medicina legală aduce omagiul său tuturor celor care prin probitate ştiinţifică, prin competenţă şi onestitate, au contribuit la această filiaţie fructuoasă de preocupări ce au

permis a delimita şi a da conţinut teoretic şi practic activităţii expertale psihiatrico-legale prin racordarea sa permanentă la evoluţia şi progresul medicinei. A constituit aceasta un aport stenic în realizarea justiţiei. O disfuncţie judiciară, poate avea implicaţii nebănuite iar aceste cercetări realizează şi dau o contribuţie la efortul de susţinere a condiţiei şi demnităţii umane, s-a redat omului încrederea în mintea sa, ori de cîte ori i s-a redat puterea de a crede în semenul său. In esenţă, toate acestea constituie o contribuţie la proiecţia şi realizarea condiţiei umane prin intermediul şi prin afirmarea umanismului medical.

Bibliografia la autor.

Cuvinte cheie:

- Psihiatrie expertală
- Criterii medico-legale psihiatrice

„ ... Omul este o supremă individuare, simbol al progresului, erou anonim al istoriei, iar noutatea născută din chinul problematic al tristeţii, o reluare gravă şi fecundă a sentimentelor majore şi valorilor înălţătoare. Arta presupunînd două condiţii: simbolizare şi devenire, creaţia plămădită din imaginea destinică a tristeţii demonstrează fără echivoc că marea datorie a omului - om constă în autodepăşire".

EDUARD PAMFIL

VALENȚE ALE METODEI CLINICE ÎN PSIHOPATOLOGIE

T.PIROŻYŃSKI, N.COSMOVICI, V.PARASCHIV

Psihologia ca referință și metodă

Originile metodei clinice pot fi căutate nu numai în antichitate, ci și în timpurile dinaintea ei, fără a utiliza numai-decît grile de subestimare de sorginte reducționistă, sau de subestimare de sorginte holistică. Fiind prin excelență o metodă medicală, ea a luat naștere și s-a dezvoltat odată cu practica medicală, încă de la începuturile omenirii, confluențîndu-se cu psihologia, al cărei trecut este lung, dar cu o istorie relativ scurtă (10,p.231).Părăsind templele, vrăjitoria,magia,sacrificiile rituale, democrologia,în genere, practicile uneori sacerdotale,medicina se empirizează,bazîndu-se pe experiență,se laicizează,folosind observația,interogatoriul bolnavului și analiza simptomelor clinice. Ea elaborează și rezolvă probleme de diagnostic, prognostic și de tratament (dintre care, unele metode își păstrează utilitatea și astăzi: masajul, acupunctura,utilizarea diferitelor plante medicinale, diferite forme psihoterapeutice). Documentele timpurilor descriu boli ale sistemului nervos cum sînt: epilepsia, congestia cerebrală, migrene, diferite tipuri de paralizii și tulburări mintale în mod amănunțit și cu o remarcabilă putere de evocare.Astfel un rol deosebit în dezvoltarea metodei clinice revine celor 3 mari învățați:Hipocrate (460 î.e.n.-),Galen (130-200) și Avicena (980-1037)(1,4,5).

In „Corpus hipocraticum" în care este cuprinsă știința medicală a epocii, strînsă în 72 de cărți este consemnată și „doctrina umoralistă", care este unul dintre principiile fundamentale ale medicinei hipocratice, starea de sănătate ar rezulta din echilibrul celor 4 umoruri cardinale: sîngele, pituita(flegma), bila galbenă și bila neagră. Dezechilibrul lor, excesul sau deficitul perturbă organismul și îi naștere bosla, în ceea ce privește „mediul intern" al organelor.In acest fel sînt explicate și diferențele comportamentale ale oamenilor prin predominanța uneia dintre cele 4 umoruri, de unde reiese prima clasificare tipologică din știință, prin descrierea celor 4 temperamente:sangguin, coleric,flegmatic și melancolic, a căror denumire este păstrată și astăzi în psihologie.

Pe lîngă alte merite, Hipocrat este acela care dezvoltă observația ca metodă de cercetare prin: stabilirea comemorative-

lor, examenul stării prezente, precizarea diagnosticului şi a prognosticului, principiile de bază ale terapeuticii (din care nu este neglijată psihoterapia), colaborarea dintre medic şi bolnav: Se enunţă în acest sens „Să cercetăm cele ce s-au petrecut, să cunoaştem cele prezente, să prevedem pe cele ce se vor întîmpla. Să ne îngrijim de toate aceste lucruri. In boli să urmărim două fapte: să fim de folos ori să nu vătămăm. Meşteşugul medicinei se exercită prin trei factori: boala, bolnavul şi medicul.Medicul este slujitorul naturii,iar bolnavul trebuie să-l ajute pe medic în lupta cu boala"(5).

Hipocrate face din observaţie o metodă clinică complexă în sensul de a analiza minuţios şi îndelungat semnele şi acuzele prezentate de bolnav, atît cele obiective cît şi subiective, coroborate cu elementele de mediu, meteorologice, cu obiceiurile bolnavului, cu profesiunea lui. In astfel de ordonate e stabilit tipul constituţional, individualizînd boala şi a ajuns să generalizeze o serie de tipuri şi forme de boală făcînd astfel sinteza unui număr mare de cazuri.Iată unul din cazurile care ilustrează observaţia psiho-medicală în cadrul metodei clinice: „Bolnavul al XV-lea" In insula Thasos,femeia din Dealces,care locuia în cîmpie, fu cuprinsă după o supărare, de febră acută cu frison.De la începutul şi pînă la sfîrşitul bolii trăgea de pătură, nu scotea o vorbă, pipăia, smulgea şi trăgea cu mîinile adunînd perişoro. Rîdea şi după aceea plîngea.Nu avea somn.Organele abdominale iritate, dar nu avea scaune.Urinile erau subţiri şi puţine.Mîinile erau uşor încălzite,extremităţile reci.

In ziua a 9-a vorbi mult şi fără noimă,apoi îşi reveni.Rămase tăcută. In ziua a 14-a, respiraţia fu rară şi intensă cîtva timp,apoi din nou superficială. In ziua a 17-a, scaunele fură anormale, însoţite de iritaţie.Băuturile treceau prin intestin fără a fi reţinute.Bolnava era insensibilă la toate.

In ziua a 20-a avu logoree, apoi se linişti iarăşi.Îşi pierdu vocea. Respiraţia deveni superficială.In ziua a 21-a muri. Respiraţia bolnavei rară şi intensă pînă la sfîrşit. A fost insensibilă la orice lucru.Trăgea mereu pătura în jurul ei.Logoreea a alternat pînă la sfîrşitul bolii cu tăcerea.Boala: frenită (15,pp.69).In acest caz simptomele - în interpretarea actuală - ar pleda pentru o formă de meningită.Dar ele exprimă o ilustrare a notaţiilor sistematice a foii de observaţie, care este un document medical necompromis pînă azi, un document clinic de bază,

în care psihologul îşi notează constatările observabile şi experimentale, traiectorizînd metoda clinică.Evitînd alte comentarii chiar dacă facem exces de învăţăturile hipocratice, nu putem renunţa la un paragraf din cartea sa „Epidemiile", de care ne folosim şi noi în psihopatologie, în viaţa profesională de fiecare zi şi noapte, în asistenţa bolnavului psihic prin pluribioza medic-psiholog-bolnav, în complexul de echipă terapeutică,prin focalizarea simptomelor ţintă.Iată cum Hipocrate consideră să se realizeze studiul clinic al bolnavului:„Faptele care privesc bolile şi cu ajutorul cărora recunoaştem aceste boli le putem afla cercetînd următorii factori: constituţia comună tuturor bolnavilor şi cea individuală, boala,bolnavul,îngrijirea lui, îngrijitorul bolnavului, întrucît boala merge spre ameliorare ori spre agravare, starea meteorologică în totalitate, cu particularităţile cerului şi ale fiecărei regiuni în parte, obiceiurile, regimul alimentar, felul de viaţă, vîrsta bolnavului, cum vorbeşte bolnavul, dacă se reţine de la vorbă,reflecţiile sale, somnul sau insomnia, visele,felul şi momentele în care apar,mişcările mîinilor,pruritul,plînsul,paroxixmele bolii, scaunele, urinele,salivaţia,vărsăturile, modificările bolilor şi urmările lor, desfăşurarea funestă sau defavorabilă a bolii, transpiraţiile,hipotermia, frisoanele, tusea,strănutul,sughiţul, respiraţia, eructaţia,flatulenţa sonoră sau mută,hemoragiile şi hemoroizii. Toate aceste fapte trebuie cercetate precum şi tot ce se petrece din pricina lor (5,pp.18).

Acest MOTTO prelungit, citat din gîndirea şi practica hipocratică pledează pentru psihosomatica modernă, care în psihologie o dezvoltă Vasile Pavelcu - un hipocratian modern al metodei clinice, în ambivalenţa holistică: sănătate/boală,continuată şi experimentată permanent de elevii săi, medici şi psiholcgi, pedagogi şi profesori (9,11).Devotamentul faţă de bolnav trebuie urmărit asemeni devotamentului faţă de elev (raportul spital-şcoală), precum şi tratamentele adecvate, care deontologizează relaţiile, în sensul „jurămîntului hipocratic şi jurămîntului, prin analogie, psiho-pedagogic, sau am putea spune la această prezentare „ jurămîntul pavelkian" în sensul moralei tuturor timpurilor omeneşti.

Decantînd reperele şi momentele cruciale în constituirea metodei clinice în istoria devenirii ştiinţei şi rezolvării necesităţilor omeneşti, parcurgem permanenta etapă a experimentului

în fiziologie şi medicină, a lui Claude Bernard (1813-1878), care deschide o nouă epocă în ştiinţa vieţii. In lucrarea sa „Introducere în medicina experimentală" el pune bazele ştiinţifice întemeiate pe fiziologie, cu marę binefacere interdisciplinară, în constituirea psihologiei medicale"(Lotze,1852).

Din aceste momente cruciale în dezvoltarea şi aplicarea metodei clinice în psihologie, care purcede din practica medicală, de care nu poate fi despărţită, semnalăm trei momente cheie:Ribot - Piaget-Pavelcu (17,12,19).Th.Ribot (1839-1915)- fondatorul psihologiei franceze moderne - aplică şi dezvoltă o variantă a metodei clinice în psihologie, metoda psiho-patologică, avînd avantajul observaţiei şi experimentării şi consideră astfel boala o experimentare de ordinul cel mai subtil, instituită de natura însăşi, în împrejurări determinate".Metoda psihopatologică (comportă) sau „metoda variaţiilor concomitente", consideră fenomenul morbid o speţă a fenomenului normal, ca o exagerare, deficienţă sau deviaţie,în sensul hiper-. hipo- şi para-. Tot Ribot arată, în esenţă:„metoda patologică ţine,.în acelaşi timp, de observarea pură şi de experimentare. E un puternic mijloc de investigaţie,bogat în rezultate"(7,16, 17).

Al doilea moment crucial în constituirea metodei clinice este J.Piaget, biolog de formaţie iniţială şi strălucit psiholog elvetic,care,analizînd formarea şi dezvoltarea gîndirii copilului, prin interpretare şi observaţii asupra conduitelor verbale şi intelectuale, constată o dezvoltare stadială (animistă-magică- egocentrică-sincretică-subiectivă-autistă-gîndire logică socializată), El edifică o psihologie genetică şi o metodă denumită „metoda clinică" sau a „cazurilor", despre care Ed.Claparède scrie:„urmărind copilul în fiecare din răspunsurile sale şi ghidat de el însuşi, făcîndu-l să vorbească din ce în ce mai liber, obţinem în fiecare domeniu al inteligenţei un procedeu clinic de examen, analog celui pe care psihiatrii l-au adoptat ca mijloc de diagnostic"(12,pp.8).Esenţialul metodei este să nu se influenţeze, pe cît posibil, în cursul investigaţiei,„mersul gîndirii copilului", prin întrebări sau indicaţii nepotrivite, care pot masca fenomenul natural.

Al treilea moment crucial în constituirea metodei clinice în psihologie - şi cel mai important ca sinteză vizionară - este Vasile Pavelcu (1900-1990), psiholog român, care în lucrarea sa

fundamentală „Drama psihologiei"(9), subintitulată „eseu asupra dezvoltării psihologiei ca ştiinţă" reconstituie odiseea dantescă a psihologiei ca ştiinţă fundamentală şi artă fluidă interdisciplinară în ştiinţele socio-umane şi exacte.

Profesorul Vasile Pavelcu,creator de şcoală în proecţia psihopatologie clinică modernă. Cînd Piaget îşi publica lucrarea „Limbajul şi gîndirea copilului" în 1923 şi 1924, unde incipiază metoda clinică,în 1924,Pavelcu absolvă la Iaşi Facultatea de Filozofie, obţinînd o bursă la Paris, la Universitatea Sorbona, pentru a-şi elabora lucrarea de doctorat în psihologie,urmărind şi cursuri de psihiatrie la College de France ţinute de P.Janet, H.Piérron,E.Gley,precum şi cursurile lui H.Wallon,iar la Spitalul St.Anne, cursurile prof.G.Dumas. A urmat un an şi cursurile facultăţii de medicină din Iaşi,renunţînd pentru psihologie şi filozofie (8,10).Aceste consemnări au menirea de a releva formaţia iniţială: medical-psihologică, care îl va influenţa pe Vasile Pavelcu în activitatea sa ulterioară, înţelegînd în acest sens sintagma:„clinica-laborator de psihologie"(9,pp.223).El consideră clinica o variantă a experimentului natural,în care rolul psihologului este, în primul rînd (pe lîngă alte solicitări),de a observa şi a interpreta variaţiile psiho-comportamentale şi relaţionale ale bolnavilor în „ambianţa" lor naturală şi socială de spitalizare (sau,eventual, în „ambianţă ambulatorie").In acest sens,Vasile Pavelcu consideră deosebirea dintre observaţie şi experiment ca fiind ceva de grad şi de precizie a rezultatelor,dar găsind între ele toate „intermediarele"posibile. Si este cazul să citäm actualitatea profundei şi subtilei constatări:„în psihologie, caracterul şi valoarea metodei variază mai mult ca în oricare altă ştiinţă, în funcţie de concepţia generală a psihologiei în care se încadrează cercetătorul, depinde mai ales de mentalitatea psihologului care o foloseşte"(9,pp.219).Si cît de bine se potriveşte această constatare metodei clinice în aplicabilitate curentă în psihopatologie (în genere, în domeniul psihologiei medicale şi a subramurilor sale),(1,2,6); In cadrul metodei clinice în psihopatologie, observaţia este esenţială, iar antrenarea în observaţii esenţiale şi direcţionate poate duce chiar „la stabilirea unor legi importante"(9,pp.224).Dar vizionarismul lui Vasile Pavelcu constă în anticiparea axiologică şi aplicativă permanent a psihofarmacologiei şi psihoterapiei integrate în contextul metodei clinice şi a raporturilor dina-

mice dintre ele: „psihoterapia devine o metodă de diagnostic iar psihofarmacologia, din terapie se transformă în metodă de investigaţie"(9,pp.224); în acelaşi timp „practica diagnosticului psihologic este, şi ea, reversul unui experiment psihologic".

Pavelcu, comentîndu-i şi citindu-i pe Ribot şi Piaget,consideră metoda clinică (sau a cazurilor) ca se baza mai mult pe intuiţie, cu o pondere subiectivă mai mare, apropiindu-se mai mult de artă, cu ceea ce poate fi numit „simţ clinic", dar care se bazează pe observaţia simptomului revelator sau ţintă,implicîndu-se şi în „judecăţi statistice" comparative, în funcţie de experienţa clinicianului.Există însă şi pericolul unei subiectivităţi de proiecţie asupra personalităţii subiectului (iar în psihopatologie diferite forme de „empatizare") dar care poate fi limitate şi stopate fără a periclita obiectivitatea obsărvaţiilor şi rezultatelor experimentale.

Făcîndu-se o comparaţie între metoda experimentală a testelor, a observaţiei „puse" şi a metodei clinice,Piaget caracterizează metoda clinică astfel: „Examenul clinic - participă la experiment, în sensul că clinicianul îşi pune probleme,face ipoteze, face să varieze condiţiile în joc şi, în fine, controlează fiecare din ipotezele sale, în contact cu reacţiile provocate prin conversaţie. Dar examenul clinic are ceva şi din observaţia directă, în sensul că un bun clinician se lasă dirijat şi ţine cont de întregul context mintal, în loc de a fi victima „erorilor sistematice", sau cum adesea este cazul cu experimentatorul pur" (9,pp.239).

In cazul metodei clinice Vasile Pavelcu pledează pentru cunoaşterea individului şi generalului, fără a se exagera „virtuţiile romantice" ale vreunei metode anume în cunoaşterea personalităţii,prin prevederea psihologică ce se sprijină pe cunoaşterea factorilor externi şi a condiţiilor interne.Deşi metoda clinică este mai dificilă în cazurile normale, ea se poate aplica şi se aplică empatizînd mai mult sau mai puţin în situaţii de examene" - deci în procesul instructiv-educativ şi în situaţiile de stabilire a valenţelor motivaţionale şi a performanţelor, cu valoare docimologică.

De fapt,într-o interpretare exhaustivă (14,18), metoda clinică poate fi în realitate un conglomerat de metode distincte prin două direcţii: observaţia şi experimentul, cu valoare divergentă, euristică, fluidă şi divergenţă, algoritmică,cristalizată

(anamneza, introspecţia, psiho-expresivităţile, observaţia, biografia (patografia), conversaţia, produsele activităţii verbal-ideatice şi artizanal-kietch, memorii, confesiuni, corespondenţă, precum şi probele clinice, aparate şi instrumente, teste, chestionare, scale de evaluare, tehnici proiective, elemente de psihostatistică), sintetizate, fundamentate, secvenţate în funcţie de simptomele ţintă ale stării generale a bolnavului. „Metodele clinice, subliniază prof. Pirozynski - privesc observaţia bolnavului şi investigarea sa prin discuţie dirijată, obţinîndu-se date elementare asupra funcţiilor psihice, reacţiilor generale de comportament, datelor actuale de viaţă, modului de existenţă, precum şi a dezvoltării sale psihologice în raport de circumstanţele semnificative din istoria vieţii sale. Aceste date configurează tabloului clinic al celui examinat, capacitatea sa de integrare în relaţiile interpersonale, cît şi dificultăţile faţă de care şi-a pierdut abilitatea integralei sale afirmări" (13).

In cadrul metodei clinice, punctul forte trebuie să fie anamneza direcţionată, anamneza în cadrul căreia acuzele bolnavului trebuie analizate dinamic, sub aspectul longitudinal al istorismului, avînd la bază principiul fundamental al devenirii şi evoluţiei (sau involuţiei) filo-onto-genetice.

Un alt aspect particular al metodei clinice în psihopatologie îl reprezintă contactul şi observarea bolnavului în cadrul vizitei medicale (al contravizitei şi al reacţiilor în condiţiile spitalizării) şi consemnarea constatărilor în afară de observaţie. Aceste consemnări au în vedere în primul rînd tot ceea ce aparţine „patologiei psihice şi mentalului", adică cercetarea funcţiilor psihice prin observarea vieţii psihice anormale în realitatea sa, în interpretarea contextului clinico-medical şi subsumat necesităţilor acestuia care are în vedere bolnavul în totalitatea relaţiilor sale onto-cognitive.

Aducînd omagii şi recunoştinţă lui V. Pavelcu, strălucit reprezentant al psihologiei române, creator de şcoală psihologică, reamintim o mărturisire din contactul lui cu psihiatria: „îmi amintesc de o convorbire cu prof. C.I. Parhon, prin anii 1924-1925, cînd am fost întrebat de profesor dacă mi-ar conveni, eu fiind atunci proaspăt licenţiat în filozofie, postul de psiholog la „Socola", post pe care profesorul a încercat apoi, fără a fi izbutit, să-l înfiinţeze" (10, pp. 16).

După venirea de la studii, din Franţa, Vasile Pavelcu a menţinut colaborarea ştiinţifică cu Spitalul „Socola" pe parcursul succesiunii şi trecerilor profesorilor: C.I.Parhon, Leon Ballif şi P.Brânzei, iar actualmente T.Pirozynski, notează: „colaborarea constantă dintre catedrele de psihiatrie şi psihologie, participările comune la îndrumarea unor cercetări (3,13), teze de doctorat, activităţi didactice ce au constituit climatul unor fertile orientări novatorii în psihologia şi psihopatologia clinică şi relaţională" (15, pp.297).

Expresie constantă a acestei participări a fost confirmată şi de atenţia pe care profesorul Vasile Pavelcu, ca membru al comisiei de doctorat a acordat-o lucrării „Patologia motivaţiei în sindroamele psihice reactive" publicată de T.Pirozynski.

Să mai notăm şi faptul că C.I.Parhon şi Vasile Pavelcu au fost academicieni, ambii creatori de şcoală în ştiinţa românească, cu urmaşi care le continuă ideile în timpurile de azi.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Avicena: „Poemul medicinei. Canonul ştiinţei medicale", Editura Medicală, Bucureşti, 1962
2. Botez M., Alexandru Sen, Dobrotă I.: „Elemente de neuropsihologie", Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1971
3. Brânzei P. (sub red.): „Adolescenţă şi adaptare" (Studii şi cercetări), Iaşi, 1974
4. Celsus Cornelius Aulus: „Despre medicină", Ed. Medicală, Bucureşti, 1958
5. Hipocrat: „Texte alese", Ed. Medicală, Bucureşti, 1960
6. Ionescu G. (sub red.): „Psihologie clinică", Ed. Academiei, Bucureşti, 1985.
7. Mărgineanu M.: „Psihologia franceză contemporană", Ed. Institutului de Psihologie al Universităţii Cluj, 1932
8. Pavelcu V.,: „Cunoaşterea de sine şi cunoaşterea personalităţii", Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1982
9. Pavelcu V.: „Drama psihologiei", Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1965.
10. Pavelcu V.: „Relaţiile dintre psihologie şi psihiatrie în cadrul centrului universitar Iaşi", în vol. „Relaţiile interdisciplinare ale psihiatriei", sub red. P. Brânzei, Iaşi, 1975.

Scanned with OKEN Scanner

11. Pavelcu V.: „Afectivitatea", în „Tratat de psihologie experimentală", Ed.Academiei,Bucureşti,1963.
12. Piajet J.: „Psihologia inteligenţei", Ed.Ştiinţifică,Bucureşti,1965.
13. Pirozynski T.(sub red.): „Elemente de psihologie medicală şi logopedie",I.M.F.Iaşi,1988
14. Pirozynski T.:„Psihologia medicală şi semnificaţia metodelor psihologice de explorare în medicină", Rev.Med.Chir.,Iaşi,1972.
15. Pirozynski T.,Cosmovici N.: „Valenţele stimulative ale afectivităţii în devenirea personalităţii",în „Filozofia şi problematica lumii contemporane", Universitatea „Al.I.Cuza,Iaşi,1986
16. Ralea M.,Botez C.:„Istoria psihologiei", Ed.Academiei,1958.
17. Ribot TH.: „Logica sentimentelor", Ed.Ştiinţifică şi Enciclopedică,Bucureşti,1988.
18. Voiculescu V.: „Metoda anatomo-clinică în studiul funcţiilor psihice", în „Dialectica metodelor în cercetarea ştiinţifică",Ed.Ştiinţifică,Bucureşti, 1966.

Cuvinte cheie:

- psihopatologie
- metodologii clinice

In psihologia şi psihiatria de azi, orice afirmaţie de caracter logic sau explicativ se înscrie în familia unei gîndiri sistematice şi motivaţionale.

EDUARD PAMFIL

ASPECTE PSIHOLOGICE DIN ACTIVITATEA STIINTIFICA A PROFESORULUI LEON BALLIF

N.COSMOVICI, T.PIROŻYŃSKI

Personalitatea medicală, ştiinţifică, didactică şi de organizator de asistenţă psihiatrică a profesorului Leon Ballif (1892-1967) constituie o etapă distinctă în dezvoltarea ştiinţifică a ceea ce se numeşte „Sceala de psihiatrie de la Socola" Iaşi.

Elev,colaborator apropiat şi succesor strălucit al academicianului C.I.Parhon, profesorul Leon Ballif, este spiritul generos,novator,modern, ca cercetător experimentalist este deschis curentelor pozitive ale vremii şi receptiv angajant în domenii relativ noi de psihoprofilaxie, igienă mentală şi psihosociologie psihiatrică. A parcurs toată ierahia didactică universitară şi medicală: extern,intern,medic secundar şi medic primar, asistent şi şef de lucrări la catedra de fiziologie medicală a profesorului Vasile Râşcanu, în laboratorul căruia şi-a început activitatea şi s-a format ca cercetător experimentalist, trecînd apoi la clinica de semiologie medicală unde şi-a continuat activitatea didactică şi medicală, preluînd apoi „întreaga activitate a şcolii de la Socola" (17,pp.3o).

Pentru calităţile şi meritele sale deosebite,profesorul Leon Ballif obţine în anul 1922 o bursă de specializare în Anglia şi Scoţia, lucrînd în centrele Oxford şi Cambridge sub conducerea unor personalităţi ştiinţifice de renume: Sherrington,Langley, Douglas, în a căror laboratoare studiază probleme de fiziologie şi biochimie, consolidîndu-şi spiritul riguros de cercetare experimentală, ce se va reflecta apoi în cercetările sale de psihiatrie. In acelaşi timp, în perioada bursei „s-a preocupat şi de organizarea asistenţei psihiatrice în Anglia şi Scoţia"(9, pp.78), care va rodi prin noi direcţii de dezvoltare în cadrul activităţii şcolii de la Socola: construirea şi înfiinţarea Serviciului de malarioterapie (1928) în cadrul spitalului, înfiinţarea serviciului de neurochirurgie (1937), promovînd învăţămîntul endocrinologic şi neurologic (1942), formîndu-se în 1948 Clinica de Psihiatrie, Endocrinologie şi Neurologie. Deasemeni a înfiinţat servicii de psihiatrie la Răducăneni-Bohotin,Sipote (1938) şi secţia pentru asistenţa bolnavilor parkinsonieni de la Manta Roşie (1932), dezvoltînd conceptul şi metodologia de ergo-

terapie.

In darea de seamă - comunicare „Asistența alienaților în Anglia și la noi"(1), Leon Ballif sintetizează statistic-comparativ situația organizării și asistenței psihiatrice, cu reperele istorice respective. Din cele 30 de pagini (285-315) reține atenția două observații: prima - spiritul deschis al cercetătorilor vremii, cu rezultate pozitive în terapeutică, acceptînd puncte de vedere și reale opuse: „La acest spital (Oxford) directorul, adept al lui Jung și Freud, aplică tratamentul psihanalitic și hydroterapeutic și se arată foarte satisfăcut de rezultatele obținute.

Le polul opus al concepției asupra patogeniei bolilor mentale se găsesc îndeosebi în spitalele din Cardiff (director, dr.Goodall) și Birmingham (Sir Frederick Matt), în care se lucrează biochimie, bacteriologie, anatomie patologică și fiziologie clinică (pp.305).

A doua observație se referă la modestia omului de știință, dar și e mîndriei sincere și plină de devotamentul muncii științifice și al dragostei de țară, atunci cînd constată că la noi, datorită profesorilor Sutzu,Marinescu,Obregeș și Parhon „știința psihiatrică s-a putut înălța cu mult peste nivelul celei din Anglia (1,pp.314) și că "trebuie să fac mențiune specială pentru unele laboratorii, în fruntea cărora sînt cele de la Mandsley Hospital,Birmingham și Cardiff, în care se lucrează mult și de specialiști experimentați dar, o pot spune cu mîndrie, chiar laboratorul de la Mandsley Hospital sub conducerea lui Fr. Matt, nu depășește în organizație frumosul laborator instalat la Socola de Prof.Dr.Parhon și de mult regretata Maria Parhon" doctor în fiziologie, decedată în 1925) pe lîngă vizita altor laboratoare care "încă nu începuse a funcționa" și „cu mult praf pe masa de lucru" (1,pp.31).

Ca postobservație notăm și o atitudine critică a lui Ballif atunci cînd menționează „în genere medicii nu sînt îndemnați sau încurajați (material) să facă lucrări științifice și monotonia vizitelor și contravizitelor obișnuite distruge orice entuziasm de lucru" (de timpurile de azi).

Tot în același număr 3 al Buletinului de Neurologie,Psihiatrie, Psihologie,Endocrinologie din 1925 este publicată într-o cercetare psihologică experimentală, scala de inteligență a lui Binet-Simon (din 1905) pentru copii între 6-15 ani,examinîn-

du-se inteligenţa a 147 băieţi din clasele primare I-IV şi constatînd la 41 cazuri întîrziaţi între 1 şi 4 ani, iar 36 sînt dotaţi peste medie cu 1-4 ani. Se considera pentru această metodă (a scării metrice de inteligenţă) a da rezultate şi în România, rezultate asemănătoare celor din străinătate şi ea este posibilă datorită creării societăţii de psihologie (încorporată în Societatea Română de Psihiatrie), datorită profesorilor Marinescu,Obregea,Parhon şi Urechia (21).

Revenind în ţară în 1925 i se încredinţează funcţia de medic primar director al Spitalului „Socola" din 1928 pe care o deţine pînă în 1953. Prin plecarea lui C.I.Parhon în 1934 la Bucureşti, la catedra de endocrinologie, preia întreaga activitate a Scolii de la Socola, pînă în anul 1961 şi a catedrei de psihiatrie, ca profesor.

In 1930 participă cu un raport la primul Congres Internaţional de Igienă Mintală de la Washington, ca reprezentant al României.

Participarea la un alt congres este notată - de către C.I. Parhon, care menţionează: „profesorul Ballif care a participat la Congresul Internaţional de Igienă Mintală ţinut la Chicago, a devenit un propagandist entuziast al activităţii sociale pe acest tărîm", propunînd înfiinţarea unei societăţi pentru igiena mintală în România (11,pp.191).

In sensul dispensarizării active şi a asistenţei psihiatrice ambulatorii, C.I.Parhon aminteşte existenţa unui asemenea dispensar la Sibiu, creat de Dr.Preda pentru tratament şi profilaxia bolilor mintale, precum şi la Bucureşti la policlinica „Iubirea de oameni" unde A.Kreindler era medic, iar Weigel era psiholog, ocupîndu-se de copiii bolnavi şi arieraţi. Se consemnează astfel (pentru prima dată 1934) existenţa postului şi colaborarea psihologului cu medicul în cadrul reţelei medicale de asistenţă psihiatrică şi tratament.

Aceasta, cu cît mai mult cu cît C.I.Parhon recunoaşte valoarea „examenului psihologic, după metodele ştiinţifice actuale" (13,pp.448) în urma unui raport pe care Florin Stefănescu-Goangă l-a prezentat Societăţii române de neurologie, psihiatrie, psihologie,endocrinologie şi medicină legală.

Primul post de psiholog la spitalul „Socola" a fost creat şi ocupat în anul 1959, ca în anul 1980 să se ajungă la 12 psihologi şi 2 logopezi, punîndu-se bazele psihodiagnosticului,

psihoterapiei, psihoprofilaxiei, dispensarizării (tip L.S.M.) şi cercetării ştiinţifice, prin validarea testelor la copii şi adulţi. Considerăm a fi potrivit aici să evocăm o amintire a lui Vasile Pavelcu, contemporan şi coleg cu Leon Ballif, „îmi amintesc de o convorbire cu prof.C.I.Parhon, prin anii 1924-1925, cînd am fost întrebat de profesor dacă mi-ar conveni, eu fiind atunci proaspăt licenţiat în filozofie, postul de psiholog la „Socola", post pe care profesorul a încercat apoi,fără a izbuti, să-l înfiinţeze" (16,pp.16).

Sintetizînd preocupările ştiinţifice ale lui Leon Ballif, T.Pirozynski arată: „Lucrările sale ştiinţifice s-au angajat în direcţiile de bază ale psihiatriei, cercetînd aspectele morfopatologice, biochimice şi metabolice în unele boli neuropsihice, cercetări clinice de genetică medicală, studii ecologo-epidemiologice, de psihoprofilaxie şi igienă mentală, de psihiatrie medico-legală, terapeutică şi organizare a asistenţei psihiatrice. Cercetările sale asupra pelagrei, paludismului şi encefalitei van Economo, sînt contribuţii de referinţă pentru literatura medicală (17,pp.31).

Ca un specific al activităţii de cercetare ştiinţifică a şcolii de psihiatrie de la „Socola" este „munca în echipă, în colaborare, imprimată de C.I.Parhon şi apoi continuată de Leon Ballif şi de ceilalţi continuatori, care dezvoltă această activitate.Rareori lucrările sînt semnate de profesor; de obicei acestea sînt rapoarte şi sinteze ştiinţifice.

Se ştie, din iniţiativa lui C.I. Parhon, se constituie (la 9 noiembrie 1918), Societatea de Neurologie, Psihiatrie şi Psihologie la care se adaugă în şedinţa din 12 iunie 1921, şi Endocrinologie la propunerea lui Leon Ballif (3). Această societate ştiinţifică a editat şi o publicaţie în limba franceză „ Bulletin de la societé roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie et Endocrinologie" avînd redacţia şi administraţia la Spitalul „Socola", apărînd cu regularitate în perioada 1919-1947. Societatea a ţinut 18 congrese (primul la Cluj în 1920 şi ultimul la Sibiu în 1938), iar Buletinul a fost trimis şi peste hotare făcîndu-se schimb de publicaţii (20), avînd un prestigiu ştiinţific semnalat în diferite prezentări şi recenzii.

Dacă nu s-au ţinut congrese cu tematică psihologică specială în cadrul Societăţii de Neurologie, Psihiatrie,Psihologie, Endocrinologie (N.P.P.E), aceasta nu înseamnă că s-au neglijat

studiile de psihologie clinică şi comparată, studii şi prezentări de cazuri, care au fost publicate în paginile Buletinului Societăţii de către C.I.Parhon, Leon Ballif şi colaboratorii lor.

La congresul XI-lea de neurologie, psihiatrie, psihologie şi endocrinologie (Dicio-San-Martin,1931) apar înscrise mai multe lucrări de psihologie, în (secţia) a doua de psihiatrie şi psihologie, printre care menţionăm: (22).

- „Raporturile psihologiei cu neurologia şi endocrinologia" (Dr.G.Preda);
- „Raporturile psihiatriei cu psihologia"(Dr.Odobescu);
- „Legislaţia în debilitatea mintală" (O.Vlaicu); (La loi des débiles mentaux).
- „Opera lui Dostoievschi şi Psihiatria"(Dr.N.Pojoga);
- „Valoarea pedagogică a psihanalizei în cadrul igienei mintale"(Dr.Popescu - Sibiu);
- „Observaţii ale psihologiei speciale asupra copiilor vicioşi.
- „Bazele psiho-energetice ale psihogiei normale şi patologice" (Dr.Popescu - Sibiu).

La acest congres s-au prezentat 46 de lucrări ştiinţifice, iar Leon Ballif a prezentat în secţia a IV-a un raport:„Igiena mentală", subliniind: „igiena mentală are un mare rol în progresul unei naţiuni"(22 - pp.24).

Pentru al XII-lea congres (Bucureşti,1932) s-a propus şi un raport de psihologie: „Psihologia clasică, reflexologia lui Bechterew şi psihologia americană" (Dr.Pojoga).

La al XIV-lea congres al Societăţii de la Cluj (14 oct.-1934), cînd s-a aniversat şi 60 de ani de la naşterea lui C.I. Parhon, s-a prezentat şi o lucrare-raport: „Contribuţiile psihologiei experimentale în studierea psihiatriei"(19), lucrare ale cărei principii rămîn şi azi acceptate şi în continuă cercetare. Această lucrare pleacă de la premiza despre „psihologia biologică" , folosită ca ajutor preţios şi indispensabil în psihiatrie, cu eficienţă maximă pentru pacienţi.După consideraţii judicioase, se remarcă posibilitatea de interpretare a simptomelor printr-un limbaj adecvat şi precis a devierilor de comportament, a capacităţii mintale (Q.I.) şi a evoluţiei bolii, pe care psihiatria le explorează după tehnica şi instrumentarul testabil elaborat de psihologie. In acest timp „psihologia di-

ferenţială" investighează situaţiile variate la care personalitatea individului trebuie să se adapteze prin lupta cu mediul ambiant, pentru realizarea echilibrului de forţe bio-psihice. La fel „psihologia experimentală" se exprimă în termeni cantitativi şi ea consemnează variat diferitele oscilaţii mentale în cursul evoluţiei bolii (sub forma Q.I.), prin valoarea testelor şi aparatelor, precum şi a altor procese psihice. Prin uniformitatea situaţiilor şi stimulilor,prin standardizarea testelor psihologice, prin perfecţionarea acestor teste şi aparate, prin maniera lor de aplicare se relevă decelarea a 3 valori sau parametri: simptomele, diagnosticul şi prognosticul" (19,pp.2o1-2o2),observaţie-principiu care îşi menţine şi astăzi actualitatea.

Tot în cadrul psihologiei experimentale, cercetările tipologice trebuiesc corelate, stabilindu-se curbe de distribuţie şi de frecvenţă a tuturor caracteristicilor comportamental - mentale, ceea ce constituie domeniul de astăzi al psihostatisticii şi informaticii moderne, a programării studiilor comparative pilot.

Data fiind gradualitatea de tranziţie în unele boli psihice, psihologia experimentală, prin testele psihologice îşi aduce contribuţia la realizarea unor categorii mai dificile în stabilirea unor tendinţe de personalităţi atipice.

Merită şi amintim, numai la nivel informativ, preocupările de psihoterapie în cadrul Spitalului Socola (17,18) sub directa îndrumare a lui Leon Ballif, prin corelarea unui preparat farmaceutic („Pernoctan") cu psihoterapia de tip psihanalitic, într-o manieră sistematică, după Franc şi Halen, atît în desensibilizarea de drog, cît şi în isterie, ceea ce atestă spiritul larg şi erudit neprejudecat al metodelor de tratament în psihiatrie, deschiderea către noile achiziţii ştiinţifice interdisciplinare ale profesorului Leon Ballif.

Astfel de cercetări şi studii de psihopatologie clinică (dar şi de psihologie în general) cu structuri psihiatrice (neurologie, endocrinologie, de medicină legală şi igienă mentală) prezintă şi astăzi interes şi curiozitate ştiinţifică, avînd o diversitate de preocupări şi implicaţii psihosomatice, centrate, în primul rînd, pe bolnav; în sens holistic, cum sînt: studii şi cercetări de biopsihotipologie asupra „conformaţiumii somatice la alienaţi" (manie, melancolie,epilepsie,demenţă pre-

coce,pelagră, paralizie generală) (4,15), delimitîndu-se „după conformaţia feţei diferite tipuri fizice cărora le corespund anumite caractere: voluntar,limfatic,nervos.Aceste cercetări au dus la alcătuirea unei anumite ramuri ştiinţifice a psihologiei fiziologice numită „physiognomanie", faciesul constituind îndeosebi în medicină un simptom de o deosebită importanţă pentru stabilirea unui diagnostic sau prognostic"(4,pp.19).

Iată un exemplu de corespondenţă:„să amintim starea somatică bine determinată a idioţilor mixedematoşi cu talie mică, cap mare, faţă palidă, părul aspru şi puţin abundent, buze groase, limbă groasă, gît scurt etc. că acestei stări fizice îi corespunde o anumită stare psihică caracterizată prin încetinirea tuturor proceselor intelectuale, prin torpoare şi că factorul determinant al acestei stări psihice şi somatice l este insuficientă secreţie a glandei tiroide (4,pp.2o), implicînd raporturile dintre constituţie şi funcţiunile glandelor endocrine (15,pp.24).

Iată şi cîteva consemnări ale examenului psihic într-un caz de manie: „Bolnavul este foarte agitat, vorbeşte tare,îşi insultă camarazii, răspunzînd la toate întrebările noastre cu exactitate şi imediat, răspunzînd şi în scris.Scrisul este caracteristic mare, cu cuvinte subliniate; prezintă logoree şi rîde în timp ce vorbeşte? Este orientat în timp şi spaţiu. Memoria de fixare şi de evocare nu este alterată. Atenţia spontană este puţin exagerată. Vigilitatea atenţiei este exagerată. Găseşte totdeauna răspuns persoanelor din anturaj.Raţionamentul şi judecata nu este modificată(alterată).Afectivitatea este exagerată.Instinctul de conservare şi sexual este menţinut.Sentimentul de pudoare este păstrat. Sentimentele altruiste sînt exagerate"(1o,pp.43. La un alt caz de demenţă precoce intermitentă; se precizează: „Atenţia este diminuată, în timp ce citeşte suprimă cuvinte.Memoria de evocare este scăzută.Nu recunoaşte personalul medical, pe care deja l-a văzut. Este negativist, din cînd îm cînd nu răspunde decît prin da sau nu. Calculul aritmetic este greşit: 5+6=13; 15+15 =0.Bolnavul este apatic,indiferent.„Iu lipseşte sentimentul de familie şi de pudoare"(5,pp.58).

Pentru minuţiozitatea experimentală ştiinţifică,remarcăm un studiu „Probe de stropină şi ortostatism la alienaţi"(6) realizat pe 25o pacienţi, distribuiţi în lo tabele, pe diagnos-

tice (demenţă precoce, epilepsie, imbecilitate şi idioţie, paralizie generală progresivă, pelagră, psihoză maniaco-depresivă, confuzie mintală, alcoolism, diverse maladii mintale) în care sînt notate cîte lo informaţii pentru fiecare pacient, ceea ce dovedeşte probitate şi înalt profesionalism, aria vastă de cuprindere a multiplelor elemente pentru constituirea unei sinteze şi diferenţieri de generalizare, la fel cum procedează de altfel şi în multe alte lucrări (de exemplu: „Asupra echilibrului sistemului nervos vegetativ la bătrîni"(7).

In lucrarea „Obezitatea familială (la un frate şi o soră) cu debut în prima copilărie" (14) elaborată împreună cu prof. Parhon se remarcă minuţiozitatea datelor anamnestice, detaliile ontogenetice, măsurătorile antropometrice, referiri la viaţa de familie şi socială, profesională, care se integrează în clişeele neparadigmatice ale metodei clinice şi de laborator. „Deasemeni nu sînt omise nici informaţiile şcolare: Din punct de vedere psihic, băiatul este mai dotat (mediu) decît sora sa. El ştie să citească şi să scrie, informîndu-se în mod curent despre evenimentele mai importante, ştie să întreţină o conversaţie" (14, pp.17).

O corelaţie între paradigmele metodei clinice (sub forma observaţiei, conversaţiei şi biografiei) cu metoda clinică experimentală (sub forma produselor activităţii de tip instrumental) în cadrul analizei examenului psihologic se realizează în lucrarea „Afazia senzorială" precedată de evoluţia clinică a unei paralizii generale" (8) asupra unui caz de neuro-psihiatrie pentru „neînţelegerea cuvintelor". Se consemnează amănunţit examinarea limbajului (pronunţie, articulaţie, vocabular, calitatea răspunsurilor, indicarea şi identificarea obiectelor - exprimîndu-se cîteodată în franceză sau germană); ordinea scrisului, lectura (cititul), scrisul spontan, scrisul după copiere, scrisul după dictare; cercetarea veleităţilor distructive - (bolnavul are ureche muzicală, voce agreabilă, frecventează teatrul şi cinematograful, cîntă la pian); identificarea diferitelor zgomote, mimica (care este bine conservată); facultăţile intelectuale (orientarea în spaţiul şi timpul concret şi abstract) memoria (relativ bine conservată); nu se pot realiza calcule mintale, prin imposibilitatea înţelegerii, prezentînd o remarcabilă labilitate afectivă; cînd se iritä, surescitabil, nu se realizează contactul cu el; jargonofazia şi parafazia devin marcan-

te.

Aceste 12 probe-teste psihologice, întregite de metoda clinică, care suplimentează central investigaţia medicală (antecedente eredo-colaterale, antecedente personale, istoria bolii, examenul somatic, examinarea reflexelor, tensiunea arterială, analizele de laborator), racordate la literatura de specialitate, ne dau imaginea unei lucrări de referinţă model, prin interdisciplinaritatea cercetării, în care examinarea psihologică deţine o valoare de autentică probitate.

Profesorul Leon Ballif a imprimat un climat de colaborare, în echipă, prin indisciplinaritate, prin ritmicitate şi oportunitate, acordînd importanţa cuvenită psihologiei clinice pe care continuatorii săi o dezvoltă consecvent în cadrul şcolii de psihiatrie de la Spitalul „Socola", în acord cu evoluţia descoperirilor ştiinţifice actuale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ballif L.: „Asistenţa alienaţilor în Anglia şi la noi", în „Buletinul Societăţii Române de Neurologie, Psyhiatrie, Psyhologie şi Endocrinologie" Buc. (N.P.P.E), 1925,3
2. Ballif L., Blumenfeld S., Briesse N., Careman Z., Derovici I: „50 de ani de activitate a Spitalului Socola", în volumul omagial „Lucrările sesiunii ştiinţifice" Academician C.I.Parhon", Iaşi, 1957.
3. Ballif L.: „Un cas de disociation syringomélique post-traumatique", N.P.P.E, 1922
4. Ballif CH.: „Cercetări asupra conformaţiunii somatice la alienaţi (manie, melancolie, epilepsie, demenţă precoce, pelagră)". „ Buletinul asociaţiei psihiatrilor din România, Iaşi, 1922,1
5. Ballif L., Ornstein I.: Démence précoce catatonique intermittente", Bull.N.P.P.E, Iaşi, 1925
6. Ballif L., Rosen N.: „Epreuve de l'atropine et de l'orthostatique chez les aliénés . N.P.P.E, Iaşi, 1924
7. Ballif L., Ornstein I.: „Sur l'equilibre du septéme nerveux végétatif chez les vieillards", N.P.P.E, Iaşi, 1933,5-6.
8. Ballif L., Caraman E.: Aphasie „sensorielle" précédant l'évolution clinique d'une paralysie générale "Bull.

N.P.P.E", Iaşi, 1937, 1-2.

9. Brânzei P.: „Itinerar psihiatric", Ed. Junimea, Iaşi, 1979, pp. 78

10. Ornstein I.: „Sur un cas de manie avec goître hémorragique" „Bull. N.P.P.E, Iaşi, 1925.

11. Parhon I.C.: „La prophylaxie des malades mentales et l'hygiène en Roumanie", Bull. N.P.P.E, 1934, 6.

12. Parhon I.C.: „Opere alese, vol. I, Ed. Acad. Buc. 1954

13. Parhon I.C.: „Opere alese, vol. II, Ed. Acad. Buc. 1957

14. Parhon I.C., Ballif L.: Obésité familiale (frère et soeur) datant depuis la premiere enfance, Bull. N.P.P.E, Iaşi, 1922, 1-2

15. Parhon I.C.: „Cercetări asupra conformaţiunii somatice la alienaţi (demenţa precoce, epilepsie, paralizie generală)" în Buletinul Asociaţiei Psihiatrilor din România, nr. 1, Iaşi, 1922.

16. Pavelcu V.: „Relaţiile dintre psihologie şi psihiatrie în cadrul centrului universitar Iaşi", în vol.: „Relaţiile interdisciplinare ale psihiatrie" (sub red. P. Brânzei), Iaşi, 1975

17. Pirozynski T.: „Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola" şi tradiţiile sale de progres medical", în vol.: „Psihiatria azi; actualităţi şi perspective în asistenţa bolilor psihice", Supliment al Rev. Med. Chir. Iaşi, 1985.

17. Pojoga N.: „Le traitment combiné de la morphinomanie (pharmaceutique avec la préparation „Pernocton et psychothérapeutique", Bull. N.P.P.E nr. 1 Iaşi, 1934

18. Pojoga N.: „Un cas de morphinomanie à base de l'hysterie traité par la psychanalyse", Bull N.P.P.E. Iaşi, 1934, 5

19. Preda G.: „Conclusion du rapport: Les contributions de la psychologie expérimentale à l'étude de la psychiatrie", Bull. N.P.P.E, Iaşi, 1934, 6.

20. Stefănescu-Parhon Constanţa: "Constantin I. Parhon", Ed. Stiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1982

21. Vlaicu O.: "L'examen de l'inteligence d'une école communale de Bucharest", Bull. NPPE, pp. 202-210, Iaşi, 1925, 3, 202-210

22. "XI-e Congres roumain de neurologie, psychiatrie, psychologie et Endocrinologie (Dicio-San-Martin, 1931), în Bull. NPPE, Iaşi, 1931, 1-3.

Cuvinte cheie: psihologie clinică

PROFESORUL LEON BALLIF,REMEMORARI LA STUDIUL MALARIOTERAPIEI SI A SIFILISULUI NERVOS IN SPITALUL SOCOLA

C.POSTELNICU

Este foarte dificil, chiar şi unui fost elev şi în final colaborator, să facă o prezentare şi evaluare a activităţii şi operei celui care aproape o jumătate de secol a fost autoritatea incontestabilă şi spiritul rector al problematicii atît de complexe a neurosifilisului şi a tratamentului acestuia, atît pentru colaboratorii şi discipolii săi, cît şi pentru mai toţi specialiştii în problema din ţară.

Prezenţa profesorului LEON BALLIF timp de mai bine de patru decenii în activităţile medicale cît şi în preocupările ştiinţifice existente în acest timp le spitalul Socola, este mai mult decît convingător ilustrată de permanenta sa preocupare pentru studierea clinicii şi tratamentul neurosifilisului,pentru introducerea şi utilizarea celor mai eficace şi mai puţin nocive metode de tratament, concomitent cu studierea problematicii clinice, epidemiologice şi terapeutice a malariei experimentale şi a aplicării acesteia în clinică sub forma malaria terapiei.

In acest domeniu al îndelungatei,bogatei şi prestigioasei sale activităţi de medic, cercetător ştiinţific, organizator al asistenţei psihiatrice, conducător de şcoală psihiatrică ca şi model pentru formarea de noi generaţii de psihiatri,profesorul LEON BALLIF a avut o preocupare constantă, consecventă plină de merituoase realizări; Este ilustrativ în acest sens şi faptul că ultima cercetare ştiinţifică efectuată sub conducerea şi îndrumarea sa este consacrată tot problematicii căreia i s-a dedicat cu o permanentă şi constantă pasiune şi anume tot sifilisului nervos(38).

O evaluare statistică destul de incompletă şi relativ imprecisă ne arată că profesorul LEON BALLIF a publicat în ţară şi în străinătate un număr de 21 lucrări consacrate biologiei şi tratamentului infecţiei malarice experimentale, a publicat şi comunicat 17 lucrări dedicate clinicii şi tratamentului sifilisului nervos, a sugerat,inspirat şi condus în perioada anilor 1929-1961 un număr de 9 teze de doctorat la absolvirea facultă-

ţii de medicină, legate direct de această tematică.

Tot sugestiilor, indicaţiilor şi activităţii profesorului LEON BALLIF se datorează şi realizarea ultimei teze de doctorat în medicină (Stiinţele medicale) susţinută la noi în probleme legate de clinica şi patologia sifilisului nervos.

Formaţia sa medicală şi ştiinţifică complexă şi multilaterală i-au permis de-a lungul deceniilor de permanentă activitate la spitalul Socola ce împreună cu numeroşii săi colaboratori să abordeze problematici pe cît de ample, în egală măsură şi tot atît de variate.

Problemele de biologie a paludismului aviar, studiate de profesorul LEON BALLIF la sfîrşitul anilor'30 pot face şi astăzi obiectul unor interesante abordări de principiu şi factologie clinice prin prisma opticii ecologiei medicale moderne,în timp ce cele legate de recuperarea social-profesională a bolnavilor de sifilis nervos, studiate în anii'60, rămîn pentru posteritate şi gîndirea medico-psihiatrică actuală un model de rezolvare a problemei date într-un anumit context istoric.

O colaborare permanentă şi fructuoasă cu profesorul M. CIUCA a făcut ca numele profesorului LEON BALLIF să fie mereu prezent în problematica clinică,terapeutică,biologică şi epidemiologică a infecţiei malarice experimentale şi în scris, în publicaţii de mare prestigiu din ţară şi străinătate (1,2,6,9, 10,12,14,16,17).

In studierea malariei naturale cît şi a celei prin infecţii experimentale, profesorii M.CIUCA şi LEON BALLIF şi-au asigurat începînd încă din anul 1929 colaborări fructuoase şi de durată cu spitalul „Izolarea" din Iaşi, spitalul Militar Iaşi, Institutul de igienă Iaşi, Institutul „Dr.I.Cantacuzino" Bucureşti, Spitalul central de boli mentale Bucureşti, Spitalul de boli mintale Costiugeni.

Prof.M.CIUCA prin cooptarea sa în anul 1924 în Comisia pentru paludism a Societăţii Naţiunilor a devenit un factor activ în promovarea spitalului Socola în circuitul internaţional al problematicii malariei naturale şi prin infecţie experimentală. Lucrări efectuate în acest domeniu au devenit ulterior obiectul unor rapoarte adresate Organizaţiei de Igienă a Societăţilor Naţiunilor în anul 1932. Urmare a prestigiului astfel dobîndit, începînd din anul 1933 şi pînă în deceniul al VIII-lea,

Scanned with OKEN Scanner

spitalul Socola a fost într-un constant contact cu „Malaria Laboratory - Horton Hospital", Epsom, Regatul Unit. Merită a fi amintiţi aici eminenţii malariologi de renume internaţional, permanenţi prieteni ai spitalului Socola, precum, colonel S.P.JAMES, V.D.NICOLE, P.G.SHUTE, şi MARY MARION, care au vizitat în repetate rînduri România şi Spitalul Socola, potrivit planului de colaborare stabilit prin Organizaţia de Igienă a Societăţii Naţiunilor (Geneva). In iunie 1935 P.G.SHUTE trimis de colonel J.P.JANES a adus în România susa de Plasmodium knowlesi care a făcut obiectul unor studii de control şi originale materializate prin publicarea în 1937 în „Bulletin de la Société de Pathologie Exhotique".

Prin spitalul Socola, sub conducerea profesorilor M.CIUCA şi LEON BALLIF a fost antrenată în acest domeniu (de cercetare ştiinţifică pentru activităţi de resort şi staţia de malarie terapie de la Costiugeni. Rodul acestor colaborări a fost făcut cunoscut în prestigioase publicaţii de specialitate (2, 10, 11).

Impaludările terapeutice efectuate fără nici o întrerupere la spitalul Socola, începînd din deceniu al III-lea, au deschis perspective şi posibilităţi, practic vorbind de valoare experimentală, de a studia la bolnavii internaţi în această unitate, şi în special la bolnavii cu sifilis nervos, problemele imunităţii în malarie. Rezultatele acestor cercetări şi-au dobîndit o notoritate care a depăşit fruntariile ţării, în special prin lucrările acad.prof.M.CIUCA (1,3,5,9).

Privind peste decenii în urmă se poate afirma cu justificată îndreptăţire ca spitalul Socola a fost una din oficinele ştiinţifice în care s-au elaborat planurile de eradicare a malariei în România, acţiune dusă la bun şi deplin sfîrşit în deceniul al VI-lea pe întreg teritoriul ţării.

Existenţa şi funcţionarea staţiei de malarie terapie (Centrului de impaludare terapeutică) din Spitalul Socola este legară de prezenţa şi preocupările nemijlocite în acest domeniu ale profesorului LEON BALLIF.

Din anul 1927 şi pînă în anii 1877-1978 Spitalul Socola a avut o staţie de malarie terapie (centru de impaludare terapeutică) cu un profil organizatorie şi o activitate de asistenţă terapeutică şi preocupări ştiinţifice care s-a înscris în epoca printre realizările meritorii ale psihiatriei din ţară. Infiin-

ţată în 1927 de C.I.PARHON,reorganizată în 1933 de LEON BALLIF şi M.CIUCA într-un local special amenajat şi construit cu ajutorul FUNDATIEI ROKEFELLER (ROKEFELLER FONDATION), această staţie, cît şi activităţile realizate în ea, au subvenit de-a lungul anilor unei acute şi permanente probleme de patologie neuropsihiatrică de mare şi acută semnificaţie clinică, epidemiologică şi socială şi anume celei create de existenţa sifilisului nervos, într-o pondere semnificativă în ansamblul morbidităţii psihiatrice.

Cele aproximativ 10.000 impaludări terapeutice efectuate la Spitalul Socola pînă în anii 1977-1978 reprezintă o experienţă pe plan mondial practic neegalată în centre de profil similar . Numai numărul de bolnavi cu paralizie generală progresivă asistaţi pînă la desfiinţarea staţiei de malarie terapie a ajuns la aproape 5000, ceea ce reprezintă pe plan mondial una dintre cele mai mari cifre care s-a comunicat în acest domeniu de activitate terapeutică de o clinică de specialitate.

Legat de activitatea ştiinţifică de la Spitalul Socola amintim şi de o prioritate puţin cunoscută în psihiatria românească şi anume că prima impaludare terapeutică efectuată în România la 01.octombrie 1922 a fost comunicată de autor dr. JULIEN SOLOMONOWICS, în periodicul de specialitate care se edita în epocă la Iaşi, sub egida Societăţii Române de Neurologie, Psihiatrie,Psihologie şi Endocrinologie.Tot în Iaşi pentru prima dată în România, la iniţiativa şi sub conducerea ştiinţifică a profesorului LEON BALLIF se introduce în tratamentul şi studiul clinic al sifilisului nervos asocierea preparatelor penicilinice, la piretoterapia malarică (28).

Nu intră în obiectivele acestei rememorări comunicarea tehnicilor terapeutice folosite în utilizarea malaria terapiei la Spitalul Socola, ca şi,a rezultatelor obţinute cu ea în tratamentul bolilor mintale şi în special al sifilisului nervos. Menţionăm însă faptul că în această zonă geografică malaria terapia s-a utilizat în epocă ca metodă curentă de tratament şi la spitalele de specialitate din Cernăuţi şi Chişinău.

La ultimul a funcţionat o staţie de malarioterapie organizată cu un profil similar de la Spitalul Socola,iar un congres al Societăţii Române de Neurologie,Psihiatrie,Psihologie şi Endocrinologie a fost consacrat problemelor terapeuticii sifilisu-

lui nervos.

Incepînd din 1929 şi pînă în 1966 profesorul LEON BALLIF şi colaboratorii au abordat la nivelul practicii clinice, cît şi al cercetării ştiinţifice mai toate problemele impuse de asistenţă, tratamentul şi studiul clinic al diverselor forme de sifilis nervos.Cercetările şi studiile efectuate în acest domeniu au fost publicate în reviste şi publicaţii din ţară şi străinătate (23,25,26,29,30,31,32,34,36) sau comunicate în şedinţe de specialitate la Soc.St.Med.Iaşi. In aceste activităţi au fost îndeaproape alături de profesorul LEON BALLIF elevi şi colaboratori ca: MARIA VIERU (CHELARESCU), I.LUNEVSKY,M.FLIS,M.BALTARU I.SCHAPIRA,N.PARUS,J.ABRAMOVICI, ST.PETRESCU, S.BLUMENFELD, C.ROMANESCU , T.PIROZYNSKI,M.MOSCOVICI,M.LASCU,I.POJOGA,ILEANA FRENTIU,MARILENA TUDOSE,P.BRANZEI,E.UNGUREANU,C.POSTELNICU (25, 26,27,29,30,31,33,34,35,36,37,38).Legat de problematica sifilisului nervos, malarioterapiei şi/sau malaria experimentală la Spitalul Socola şi-au efectuat teze de doctorat la absolvirea studiilor medicale absolvenţi ai facultăţii de medicină din Iaşi ca I.LUNEVSKY,L.COBILANSKY,M.SLONINOV,MARIA VIERU (CHELARESCU), CONSTANTA LUPESCU,L.GALUSCA,DOINA SIMIONESCU,C.I.IACOB,S.POGHIEC; Tot aici s-a redactat de asemeni şi o tezá de doctorat în medicina (ştiinţele medicale) susţinută în 1971, la IMF Bucureşti, de C.POSTELNICU.

Sub îndrumarea ştiinţifică şi clinică a profesorului LEON BALLIF la Spitalul Socola s-a fundamentat de-a lungul anilor o schemă de tratament cronic alternant plurimedicamentos particularizată pentru diverse forme clinice de sifilis nervos prevăzînd utilizarea cu precădere a piretoterapiei malarice şi a antibioticelor, în special a penicilinei, cît şi o schemă de tratament radical antimalaric, schizonto-gameto-sporontocit pentru bolnavii impaludaţi terapeutic.Rezultatele în timp, urmărite mai mult de trei decenii,impun în cele din urmă concluzia că schemele de tratament introduse şi utilizate la Spitalul Socola în diverse forme de sifilis nervos, dar mai ales în paralizia generală progresivă au însemnat o etapă semnificativ calitativă în soarta şi destinul acestor bolnavi. In acest sens sînt ilustrative rezultatele terapeutice comparative obţinute între anii 1925-1970 în cazul sifilisului nervos aşa cum rezultă din următoarele prezentări:

Autor şi anul	Nr.de cazuri	Ameliorări	Staţionări	Decedaţi
LEON BALLIF (în teza Contanta Lupescu) 1925-1934	515	40%	31%	29%
CONSTANTA LUPESCU 1935-1937	135	42%	40%	18%
AL.SOFLETEA - Bucureşti 1947-1949	106	54%	42%	4%
C.POSTELNICU 1959 - 1970	263	76%	16%	8%

Soarta şi destinul bolnavilor de sifilis nervos internaţi de-a lungul anilor în spitalul Socola a reprezentat pentru profesorul LEON BALLIF o consecventă şi neobosită implicare, în mod creator de a ilustra instituţia în care a activat cu o neobosită sîrguinţa şi total devotament timp de mai bine de patru decenii, un îndemn şi exemplu de zestre spirituală pentru urmaşi şi colaboratori în a continua opera sa. Aceste rînduri, departe de a fi un act fortuit sau izolat, se doresc a fi o continuare şi un punct de referinţă a mai bine de o sutacincizeci ani de asistenţă psihiatrică în Iaşi într-o permanenţă la coordonate de un îndemn la noi aspiraţii de promovare a sănătăţii mentale în această zonă geografică.

A.CONTRIBUTII BIBLIOGRAFICE LA ACTIVITATEA PROFESORULUI LEON BALLIF IN DOMENIUL STUDIERII MALARIEI NATURALE SI EXPERIMENTALE

1. 1928 - M.CIUCA, L.BALLIF,et M.VIERU: E'tudes sur l'immunité dans le paludisme (communication préliminaire).(Travail de Laboratoire d'hygiene de la Faculté de médecine de Iassy et de l'Hospital de Maladies Mentales de Socola.Arch.Roum.de Path.Exper.et de Microb.pg. 577-586.

2. 1929 - M.CIUCA, L.BALLIF et M.VIERU: Evolution des formésexuées dans l'infection malarique experimentale par transfusion de sang virulent.(Séance du 28 décembre 1928-Tome C.,page 576) (Laboratoire d'hygiène de la faculté et hopital Socola) Comptes rendus des séances de la Société de biologie.Société roumanie de biologie.Tome C.576.(C.R. de la Soc.de biol.1929, T.C., pg.576).

3. 1929 - M.CIUCA, L.BALLIF, M.VIERU et A.STIRBU: Controle de l'immunité dans le paludisme par transfousion de sang virulent.C.R. des séances de la Soc.de Biol.,28 mai 1929, L.C. II pg.1989

4. 1930 - M.CIUCA, G.IRIMESCU, BALLIF et colab.Arch.Roum.de Pth.Exper.et de Microb. 1930,1,85.

5. 1930 - M.CIUCA, L.BALLIF,et M.VIERU: Immunité dans le paludisme experimental, Arch.Roum.de Path.Exper.et de Microb.1930, 2,209

6. 1931 - M.CIUCA, I.BALTEANU et L.BALLIF: Contribution à l'étude du traitement abortif de l'infection paludéene intentionnellment provoquée par inoculation du sang virolent de Leverenia.(Travail de l'Institut d'hygiene et de Centre de malariathérapia de Socola,Iassy). Buletins de la Societé de Pathologie Exotique et de ses filiales de l'Quest-Africain et de Madagascar. 1931,7, 1-7

7. 1932 - M.CIUCA, I.BALTEANU,L.BALLIF, G.IRIMESCU, E.ALEXA, N.CONSTANTINESCU, I.IANCOV, C.AGAPI, M.VIERU:Contributions à l'étude du traitment du paludisme.Arch.Roum. de Pth.Exper.et de Microb.t;v;n;1, 1932,177

8. 1935 - M.CIUCA, L.BALLIF et M.CHELARESCU: Arch.Roum.de Path. et de Microb.-1935,8

9. 1937 - M.CIUCA, L.BALLIF, M.CHELARESCU, M.LAVRINENKO,E.ZOTTA: Contributions à l'études de l'action pathogène de PL.KNOWLESI pour l'homme (considérations pour l'immunité naturelle et l'immunité acquise contre cétte espèce de parasite) (Station de Malariathérapie de Pathologie Exotique) Buletin de la Societé de Pathologie Exotique, Tomme XXX, 1937,4,315 -318 (séance du 14 avril 1937).

Scanned with OKEN Scanner

10. 1937 - M.CIUCA, M.D.,L.BALLIF, M.D.and M.CHELARESCU,M.D.: Station de malariothérapia de Socola, Roumania and M.ISANOS M.D.and L.GLASER,M.D. Station de malariothérapie de Costiugeni, Roumania - Action of Quinine and Atebrin on the Sporozoites of Plasmodium falciparum; Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene vol.XXXI,nr.2,pg.235-240 (July, 1937); rezumare in X Nachtrag des Atebrin und Plasmochin 1937,364.

11. 1937 - M.CIUCA, M.D.,L.BALLIF, M.D. and M.CHELARESCU,M.D.: Station de malariathérapie de Socola,Roumania,and M.ISANOS M.D.and L.GLASER,M.D.
Station de malariathérapie de Costiugeni,Romania - On Drug Prophylaxis in Terapeutic Malaria.Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,vol.XXXI,1937, 2,241-244 - rezumare in X Nachtrag des Atebrin und Plasmochin 1937 la nr.365

12. 1937 - M.CIUCA, L.BALLIF, M.CHELARESCU: Station de malariathérapie Socola, M.ISANOS, L.GLASER:Station de malariathérapie Costiugeni.Contributions à l'études de la tièrce maligne experimentale.Pouvoir infectant du sang au cours de l'incubation.Revista di Malariologia (1937),I,2, 85-90

13. 1937 - Prof.dr.M.CIUCA, prof.dr.L.BALLIF, Dr.M.CHELARESCU, dr.N.LAVRINENKO: IV.Contribution à l'étude de l'infection experimentale au Pl.falciparum.Sonderabdruk aus der FEST.SCHRIFT NOCHT 1937,pg.81,6,109. Institut für Schiffs und Tropenkrankisheiten in Hamburg.

14. 1938 - Prof.dr.L.BALLIF, Dr.M.CHELARESCU, N.LAVRENCO et V.LEONTE :Station de Malariathérapie et l'études sur le malaria.Hopital Socola Iaşi.Contributions à l'étude du „Plasmodium galinaceum"(Station de Malariathérapie et l'études sur la malaria Hopital Socola Iaşi)
Revue Médico Chirurgicale de la Société de Médicine et Naturalistes de Jassy, 1938, 3-6, 1-114

15. 1939 - Prof.dr.L.BALLIF, dr.M.CHELARESCU, et.V.LEONTE: Contribution à l'études des parasites du paludisme aviaire dans le region de Socola Iaşi (Roumanie) (Travail de la Station de Marariathérapie et l'étude sur le Malaria Hopital Socola Iaşi) Revue Médico-Chirurgicale de la Société des Médicine et des Naturalistes de Iaşi,1939, 1-2, 1-7

16. 1939 - M.CIUCA, M.A.R., L.BALLIF, M.CHELARESCU et N.LAVRENENKO Contribution à l'études de la fièvre quarte d'inoculation.Etude comparée des deux souches de Pl.Malaria (Note presentée dans la séance du 28 octobre 1938). Académie Roumanie - Bulletin de la Section scientifique - 1939, 1-2,1-11.

17. 1939 - Prof.M.CIUCA, L.BALLIF,Dr.M.CHELARESCU,N.MAVRENENKO, M.HURDUC,L.GALUSCA et E.Scurtulenco: Contributions à l'étude de l'infection paludéane au P.ovale in -vollume Hommage à la memoire du Professeur Al.Slatineanu. Institutul de arte grafice „BRAWO" Iaşi.

18. 1940 - Prof.dr.L.BALLIF,dr.M.CHELARESCU et A.TIMISESCU: Contributions à l'études des parasites du paludisme aviaire dans la région de Socola-Iaşi (Roumanie); Deuxiéme note Le Plasmodium circumflexum - Kikuth chez un héron et une cigogne.Revue Médico-Chirurgicale de la Société des Médicines et des Naturalistes de Iaşi,194o,1-2,2,1-11.

19. 1940 - Prof.dr.L.BALLIF,dr.M.CHELARESCU et A.TIMISESCU: Contributions à l'étude des parasites du paludisme aviaire dans la région de Socola Iaşi (Roumanie) Troisiéme note: Le plasmidium de la bécasse.Revue Médico-Chirurgicale de la Société des Médicines et des Naturalistes de Iaşi,194o,1-2,1-15.

20. 1942 - M.CIUCA,L.BALLIF,M.CHELARESCU,et A.CRISTESCU: Station de Malariathérapie "Socola" et Institut "Dr.Ion Cantacuzino"Bucureşti.Contributions experimentale à la thérapeutique contre le gametocyte à l'aide de la plasmoquine.Recherches experimentales sur la devitalisation des gamétocytes de P.VIVAX.Arch.Roum.de Pathol. Exper.et Microb,1942,12,3-4,411-418.

21. 1944 - M.CIUCA, M.A.R., L.BALLIF, M.CHELARESCU et A.CRISTESCU: (Station de malariathérapie „Socola" et Institute Cantacuzino) Note présentée dans la séance du 25 septembre 1942. Capacité d'infection du sang des porteurs de galetocytes de Plasmodium falciparium pour Anophens maculipenis (V.Atroparvus),Bulettin de la Section scientifique - Académie Roumanie.1944,2,96-1o2.

B.CONTRIBUTII BIBLIOGRAFICE LA ACTIVITATEA PROFESORULUI LEON BALLIF IN DOMENIUL STUDIULUI CLINIC SI TRATAMENTULUI SIFILISULUI NERVOS

22. 1925 - L.BALLIF: Asistenta elienaţilor în Anglia şi la noi, Bull Soc.Roum.Neural.Psych.Psychol.Endocr.,1925,3, 285-311.

23. 1929 - L.BALLIF: Hemianestezia insterica la un tabo-paralitic.Rev.Med.Roum.1929,5,6-271.

24. 1930 - L.BALLIF: Mental Hygiene Problem in Roumanie.(Adress read before the First international Congresson mental Hygiene hold at Waschiton, may 1930)

25. 1930 - L.BALLIF, M.VIERU: La malariothérapie dans les maladie mentales.Bull.Soc.Roum.Neural.Psych.psychot.Endocr.,1930,1-2,74

26. 1932 - L.BALLIF,I.LUNEVSKY:Sur deux cas de paralysie generale infantile et juvenile.Bull.Soc.Ped.de Iaşi,1932, 2,1o5-114.

27. 1952 - L.BALLIF,P.BRANZEI,M.FLIS,M.BALTARU,A.SCHPIRA: Consideraţii asupra pirototerapiei prin levura în neuroluesul paren-chimatos.Comunicare Soc.St.Med.Iaşi (med.int.) 8 martie '52.

28. 1955 - L.BALLIF:Incidenţa cazurilor de p.g.p.,evoluţia lor clinică sub influenţa tratamentelor efectuate în curs de 50 ani la Spitalul Socola.Sesiunea ştiinţifică "Academician C.I.PARHON".

29. 1956 - L.BALLIF,M.FLIS,M.BALTARU,N.PARUS,J.AVRAMOVICI: Incadrarea bolnavilor psihici în cîmpul muncii(din activitatea comisiei consultative a Spitalului pe 1956) Rev.Med.Chir.Iaşi,1957,2,452.

30. 1957 - L.BALLIF,St.PETRESCU,S.BLUMENFELD,C.ROMANESCU,I. STRACHINARU: Un caz de paralizie generală progresivă

infantilă cu evoluţie favorabilă în urma tratamentului combinat (pirototerapia şi chimioterapia), rev.Med.Chir.Iaşi,3,1957,768.

31. 1958 - L.BALLIF,ST.PETRESCU,M.MOSCOVICI,N.LASCU: Pirogheneterapia progressivnogo paralicea ekstrektom iz pivnih drajei J.Nevropatol.i; Psihiatr.,1958,10, 12o1-12o3 (in limba rusă)

32. 1958 - L.BALLIF: Incidenţa şi tratamantul bolnavilor cu neurolues p.g.p. internaţi în Spitalul de neuropsihiatrie Socola Iaşi în anii 19o5-1957 (raport) Rev.Med.Chir.Iaşi 1958,2,692.

33. 1958 - L.BALLIF,ST.PETRESCU,C.ROMANESCU: Rezultatele terapiei neuroluesului în anul 1957,Comunicare USSM Iaşi.

34. 1960 - L.BALLIF,ST.PETRESCU,C.ROMANESCU, I.POJOGA,ILEANA FRENTIU,MARILENA DUTOSE: Contribuţii la tratamentul sifilisului nervos,evoluţie clinică şi neurologică urmărită 1-3 ani pe un număr de 200 bolnavi. Rev.Med.Chir. 1960,1,213-219.

35. 1961 - I.BALLIF,M.MOSCOVICI,C.ROMANESCU:Sifilisul nervos 1961 (text pentru manual unic de psihiatrie - proiect)

36. 1963 - L.BALLIF,E.UNGUREANU,C.ROMANESCU,MARILENA TUDOSE, ALEXANDRINA ILIES: Trei decenii de activitate a Centrului de malarioterapie Socola Iaşi.Text original în limba română - Traducere prescurtată. Arch.Roum.Path.Exper.Microb.1963,96,sept.,dec.1963.

37. 1963 - L.BALLIF,P.BRANZEI,M.MOSCOVICI,C.ROMANESCU,C. POSTELNICU: Situaţia neurosifilisului internat în Spitalul Socola Iaşi în ultimii ani. Comunicare Soc.St.Med.Iaşi,Consf.reg.Bîrlad „Sifilisul visceral tardiv" 8-9 nov.1963.

38. 1966 - L.BALLIF,P.BRANZEI,C.ROMANESCU,C.POSTELNICU,CAROLA GOGAN: Rezultatele dispensarizării şi urmăririi dinamice a bolnavilor cu sifilis nervos,internaţi în spitalul Socola Iaşi,între anii 1956-1965.Comunicare Consf.reg. de Dermat._Neural - Iaşi,octombrie 1966.

C.REPERE BIBLIOGRAFICE CU SEMNIFICATII PARTICULARE IN ISTORICUL ACTIVITATILOR PRIVIND UTILIZAREA MALARIOTERAPIEI SI MALARIEI EXPERIMENTALE LA SPITALUL SOCOLA

39. - J.SOLOMONOWICZ: Le traitement de la Paralyzie générale par l'inoculation de la malarie.Bull.Soc.Roum.Neurol. Psych.Psychol. Endocrin.1975, 2/2 (254-261).

40. - M. CIUCA: Organizarea terapeuticii prin malarie în toate spitalele de specialitate şi eventuala extindere a acestei metode de tratament în alte centre importante ale ţării.Romania medicală 1940, 18/13 - 14 (164-165).

41. . M.CIUCA: Contribuţia experimentală la studiul infecţiei în malarie.Ed.Acad.R.P.R.1955.

„ Nebunia, ca şi sănătatea mintală, nu reprezintă un fenomen aditiv: omul normal nu e conştient şi creator pentru că aparţine majorităţii, ci pentru că instituindo prin comunitatea conştiinţelor, care se verifică una pe alta îşi păstrează comunicarea de informaţii - devine o persoană"

EDUARD PAMFIL

CONTRIBUTIA STIINTIFICA A PROFESORULUI LEON BALLIF REFLECTATA IN PAGINILE REVISTEI MEDICO-CHIRURGICALE DIN IASI

M.E.BERLESCU

Perioadele de mutaţii modifică şi o serie de criterii de valoare care au fost particulare fiecărei etape. Inafară însă a criteriilor cu valoare temporală, modificabile odată cu condiţiile care le-au creat, există valori durabile care nu se modifică sub influenţa unor variabile ca cele de referinţă anterioară. Ele există permanent şi induc stabilitate şi continuitate unei naţiuni.Una dintre aceste valori este sentimentul de apartenenţă la valorile culturale generale ale unui popor. In cazul de faţă aceste valori culturale pot fi particularizate şi exemplificate prin valoarea şi tradiţiile unei şcoli medicale cum este cea reprezentată de Scoala de Psihiatrie „Socola" din Iaşi. Fundamentarea acesteia a avut loc în timp, actul propriu-zis de naştere a Spitalului „Socola" fiind numai o etapă a acestui proces.

Unul dintre cei care au contribuit din plin la crearea renumelui acestei şcoli a fost profesorul Leon Ballif.Contribuţia personalităţii sale ştiinţifice în crearea şi promovarea unor idei este confirmată prin definirea direcţiilor de dezvoltare şi anticipare în psihiatria contemporană.

Nu l-am cunoscut în mod direct pe profesorul Leon Ballif. Elementele de istorie ale psihiatriei ieşene, relatările unor medici care l-au cunoscut şi au lucrat direct cu acesta şi apoi, din dorinţa de a cunoaşte mai bine istoricul psihiatriei ieşene, datele obţinute din parcurgerea Revistei Medico-Chirurgicale din Iaşi şi a colecţiei „Buletinului de Endocrinologie,Neurologie şi Psihiatrie", editat de către Spitalul „Socola", mi-au dat posibilitatea de a-mi crea o imagine a profesorului. Nu-mi permit să fac o prezentare exhaustivă a acestuia şi a activităţii sale, ci doresc numai să prezint cîteva elemente pe care le-am putut extrage din materialele pe care profesorul Leon Ballif le-a publicat în paginile Revistei Medico-Chirurgicale din Iaşi. Desigur, cea mai mare parte a activităţii sale ştiinţifice a fost inserată în paginile Buletinului editat de către Spitalul „Socola", dar paginile Revistei Medico-Chirurgicale i-au oferit posibilitatea abordării şi a altor aspecte medicale. Relevăm

astfel vasta sa cultură medicală şi formarea sa într-o clinică de fiziologie şi apoi de semiologie medicală care i-au permis să se afirme cu valoroase contribuţii de patologie umană. Trebuie subliniată în acest context bogata cazuistică pe care a prezentat-o în cadrul lucrărilor Societăţii de Medici şi Naturalişti din Iaşi, în care a inclus, pe lîngă cazuri de endocrinologie, neurologie şi psihiatrie şi cazuri de medicină internă, de boli infecţioase sau parazitare precum şi intervenţiile sale asupra unor alte prezentări - de exemplu de chirurgie sau neurochirurgie. De menţionat deasemeni multitudinea criteriilor ştiinţifice pe care le-a folosit în abordarea acestor cazuri.

Unul dintre aspectele care îl atrăgeau în mod deosebit - aşa după cum se relevă din numărul mare de intervenţii şi prezentări de cazuri pe care le-a făcut, era anatomia patologică. Dealtfel şi prima sa apariţie în paginile Revistei Medico-Chirurgicale este reprezentată de discutarea unor piese de anatomie patologică: un pulmon al unui bătrîn care decedase printr-o septicemie generată de un erizipel şi un intestin plin cu ascarizi al unui epileptic (1). In decursul întregii sale activităţi ştiinţifice relevate în paginile Revistei Medico-Chirurgicale din Iaşi, aspectele de anatomie patologică sînt prezente în mod constant. Desigur, orientarea anatomo-clinică era o orientare general-acceptată, dar profesorul Leon Ballif a aplicat constant această orientare în cercetarea medicală şi ştiinţifică care se desfăşura în Spitalul „Socola".

De fapt, acest accent pus pe anatomia patologică ca şi pe alte examinări bio-medicale se datora credinţei profesorului în semnificaţia şi importanţa investigaţiei paraclinice. Depăşind etapele examinării macroscopice ale unor leziuni, din dorinţa de a cunoaşte şi a cerceta mai bine cauzele sau efectele unei boli, profesorul Leon Ballif a elaborat studii de investigare metabolică sau histochimică, care erau studii de avangardă pentru acea perioadă, cum ar fi: „Contribution a l'etude de l'histochimie des proteins acides du lobe anterieur de la glande hypophisaire chez l'homme"(2) sau „Sur le metabolisme lipidique et minerel dans l'hypertension arterrielle" (3), nemaivorbind de studiile de laborator asupra LCR-ului din diverse afecţiuni, de exemplu: „Sindrom de disociaţie syringo-mielitique post anestesique" (4).

A abordat deasemeni şi problemele realizării şi introducerii unor noi terapii, în studii cum ar fi „Traitement avec muqueuse gastrique dans un cas d'anemie"(5), aprofundînd în timp problema respectivă: „Action des extraits de la muquese gastrique sur le globul blanc du sang" (6).

Desigur, principala sa activitate este reprezentată de patologia care făcea subiectul Clinicii de Boli Nervoase şi Mintale pe care o conducea.Continuînd iniţial conceptul legăturii intime dintre perturbarea endocrină şi boala mintală, care fusese dezvoltat de mentorul său, profesorul C.I.Parhon, se distanţează mai tîrziu de acceptarea strictă a acestui concept, menţinînd însă cercetarea posibilelor corelaţii existente între boala endocrină şi afecţiunea psihică, în acelaşi fel în care căuta corelaţii între boala psihică şi boala somatică de altă natură.

In privinţa bolilor mintale se pot găsi în Revista Medico-Chirurgicală studii referitoare la toate aspectele psihiatriei acelei perioade.Un rol important al cercetărilor sale a fost acordat sifilisului nervos, psihopatologiei acestuia precum şi eventualei concomitenţe a acestuia cu alte boli.Pentru a avea o imagine cît mai clară a modalităţilor de acţiune şi a efectelor terapeuticii pe care o folosea, a investigat epidemiologic zona Iaşi pentru a stabili răspîndirea şi intensitatea malariei existente în această zonă (7,8).

A realizat şi cuprinderi statistice a cazurilor de sifilis nervos, urmărind dinamica acestuia pe o durată de mai mulţi ani. In perioada anilor '30 - '40 a prezentat date parţiale asupra problematicii sifilisului nervos, studiile majore asupra acestei boli fiind publicate mult mai tîrziu:„Incidenţa şi tratamentul bolnavilor cu neuro-lues (PGP) internaţi în Spitalul „Socola" în perioada 1905-1957" sau "Rezultatele terapiei neuro-luesului în anul 1957"- prezentate la Sedinţa secţiei de Dermatologie din 28 aprilie 1958 sau studiul „Contribuţii la tratamentul sifilisului nervos. Evoluţia clinică şi serologia curentă pe 1-3 ani pe 200 de bolnavi"(9). Apreciem aici şi probitatea ştiinţifică exemplară prin care profesorul Leon Ballif aborda o cercetare, concluziile survenind după investigaţii şi cercetări multiple.

Neurologia este şi ea bine reprezentată printr-un număr amplu de studii care acoperă toată patologia neurologică.

Recunoaşterea valorii profesorului Leon Ballif a survenit destul de repede, astfel că în octombrie 1930, cînd a avut loc la Iaşi „Al IX-lea Congres al Societăţii de Neurologie,Psihiatrie, Psihologie şi Endocrinologie", înfiinţate de prof.C.I. Parhon, preşedintele Biroului Congresului, care a ţinut şi cuvîntările de deschidere şi de închidere ale acestuia, a fost profesorul Leon Ballif.Subliniez importanţa acestui fapt pentru că în acea perioadă profesorul C.I.Parhon funcţiona încă la Iaşi şi era prezent în sala de şedinţe (10).

Toate referirile scrise sau orale despre profesorul Leon Ballif subliniază capacitatea sa organizatorică.După cum am menţionat la începutul prezentării mele folosesc aici numai datele obţinute din paginile Revistei Medico-Chirurgicale,deci mă refer la activitatea sa legată de Societatea de Medici şi Naturalişti din Iaşi şi de revista acestuia.Profesorul Leon Ballif a fost în mai multe rînduri preşedinte sau vicepreşedinte al Societăţii şi deasemeni din anul 1931 face parte din Comitetul de redacţie al revistei, fiind ulterior şi preşedintele acestui comitet.Consider că sub influenţa sa revista reîncepe să-şi prezinte materialele traduse în limba franceză, pentru a permite o mai mare răspîndire a acesteia.Solicitînd regularitate şi o ţinută ştiinţifică înaltă ale acestor şedinţe, a intervenit şi în modul lor de desfăşurare: pînă în anul 1937 toate şedinţele Societăţii se ţineau în plen. Singurele şedinţe care aveau loc separat - dar la care participau mulţi invitaţi interesaţi de problemele respective - erau şedinţele Societăţii de Neurologie,Psihiatrie,Psihologie şi Psihiatrie.Din anul 1937 (11), la propunerea profesorului Leon Ballif s-a acceptat desfăşurarea acestor şedinţe pe secţiuni, ceea ce a reprezentat înţelegerea necesităţii unei mai intense specializări medicale.

Cea mai mare parte a lucrărilor profesorului Leon Ballif publicate în paginile Revistei Medico-Chirurgicale se regăseşte între numerele 40 - (1929) şi LIII - (1942).Prezenţa sa s-a făcut resimţită însă continuu şi chiar după retragerea sa de la catedră, în anul 1962, toate dările de seamă ale şedinţelor Societăţii de Neurologie, Psihiatrie şi Neurochirurgie menţionează prezenţa şi intervenţiile sale la majoritatea comunicărilor făcute.

Încercînd o enumerare a contribuţiilor profesorului Leon Ballif în paginile Revistei Medico-Chirurgicale din Iaşi am

găsit 146 de articole originale, comunicări, prezentări de cazuri sau de piese anatomo-clinice, precum şi menţionarea a cinci lucrări de licenţă dintre multele lucrări de acest fel pe care le-a condus.

Prezentarea mea porneşte de la recunoaşterea faptului că, prin contribuţia sa ştiinţifică valoroasă, profesorul Leon Ballif este unul din creatorii Scolii de Psihiatrie de la Socola. Parcurgînd materialele publicate în Revista Medico-Chirurgicală se relevă abordarea complexă a cazurilor cu patologie mentală, cu identificarea cît mai atentă a unor eventuale afecţiuni somatice care ar putea genera sau intrica boala psihică sau care ar putea fi efectul acesteia, modalitate de lucru care a constituit un punct de plecare în metodologia de analiză care este utilizată şi astăzi în cadrul Spitalului „Socola". A iniţiat în acelaşi timp - fapt care se relevă prin urmărirea în timp a activităţii colaboratorilor săi - o specializare a acestora în diferite aspecte ale patologiei întîlnite în cadrul Spitalului „Socola" în acea perioadă. Unii dintre aceştia au devenit ulterior specialişti recunoscuţi şi şefi ai unor discipline nou înfiinţate. De subliniat în acest context şi arta cu care a ştiut să-şi aleagă colaboratorii.

De asemeni, profesorul Leon Ballif a indus celor care au continuat tradiţia Scolii de la „Socola" ideea necesităţii de a scrie şi a publica mereu pentru a putea exista continuu un schimb şi o confruntare de idei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Buletinul Societăţii de Medici şi Naturalişti, 1922, 32, 1
2. Revista Medico-Chirurgicală, 1933, 2, 172
3. Revista Medico-Chirurgicală, 1933, 3-4, 201
4. Revista Medico-Chirurgicală, 1939, 50, 3-6, 221
5. Revista Medico-Chirurgicală, 1938, 49, 1-2, 154
6. Revista Medico-Chirurgicală, 1942, LIII, 5-6, 485
7. Revista Medico-Chirurgicală, 1940, 51, 1-2, 77
8. Revista Medico-Chirurgicală, 1938, 49, 3-6, 296
9. Revista Medico-Chirurgicală, 1960, LXIV, 1, 170
10. Revista Medico-Chirurgicală, 1930, 41, 5, 580
11. Revista Medico-Chirurgicală, 1935, 48, 6, 391

Cuvinte cheie:
- Scoală medicală de psihiatrie
- Contribuţii ştiinţifice

II. Convergențe și opțiuni în psihopatologia clinică

Scanned with OKEN Scanner

PARADIGME SI INCERTITUDINI BIOETICE IN PSIHIATRIE

GH.SCRIPCARU, T.PIROŻYŃSKI

Bioetica şi medicina

Problemá a „reflexelor comunitare" şi a „liniilor de conduită", bioetica realizează legătura dintre ceea ce s-a numit ştiinţele vieţii şi drepturile inalienabile ale omului. Bioetica se naşte deci dintr-un conflict al valorilor tehnice şi ştiinţifice cu cele privind drepturile fundamentale ale omului. Der, hermeneutica bioeticii poate fi găsită ca sursă de conduită etologică din care decurg şi se elaborează drepturile omului. Astăzi, morala ca proiecţie a personalităţii umane suplineşte lacunele moralei naturale, aşa cum spunea Lorenz (12). Intr-adevăr, dacă morala ar fi avut un scop pur natural, instinctele ar fi slujit omul poate mai bine decît raţiunea. Dacă de la natură omul nu este prea rău, el însă nu este suficient de bun pentru cerinţele vieţii moderne, spunea acelaşi Lorenz (12,21,22).

Provocările ştiinţelor vieţii pot oferi în prezent deontologiei medicale un răspuns şi o emplă comprehensiune. In faţa unor multitudini de întrebări s-e ivit un alt conflict între medicina nouă şi etica veche, între etica descriptivă şi nevoia unei etici operaţionale, prin care s-a constituit şi legitimat bioetica şi statutul său propriu.Chiar dacă,din compasiune şi milă, element natural al moralei, s-a dezvoltat generozitatea şi omenie, chiar dacă ştiinţele au zdruncinat frontierele între discipline, bioetica deţine,prin excelenţă, valoarea unei „ştiinţe de spirit" alături de raţionalitatea sa, care implică pluralismul epistemologic. In condiţiile în care medicina îşi relevă servitutea sa ştiinţifică asupra omului şi populaţiei,în condiţiile în care „axiologia rămîne matricea existenţială a biologicului umanizat şi socializat", în condiţiile în care, în epoca actuală, riscul deienării îl reprezintă „uitarea de către om a fiinţei sale", bioetice este chemată a face analizele primelor supoziţii şi proiecţia previzibilă a unor consecinţe ale cunoaşterii sănătăţii şi naturii umane (8,11,15).

Din aceste observaţii poate decurge o definiţie a bioeticii ca fiind „spaţiul în care, practicile medicale legate de ştiinţele vieţii sînt examinate din punctul de vedere al mizelor lor etice şi articulaţiilor lor sociale"(13). Cum aceste spaţii

ale devenirii lor de la concepţie pînă la moarte, prin bioetică, în prezent şi mai mult ca oricînd, medicina devine „o ştiinţă a vulnerabilităţii", o artă a „deciziei în situaţii individualizate"(21).

Bioetica, se deduce astfel, a depăşi etapa sa descriptivă şi fiind de fundamentare antropologică asupra consecinţelor umane, se află într-o traiectorie a normativităţii, a soluţiilor etice şi legale privind aplicarea opţiunilor ştiinţifice la condiţia personalităţii umane şi ale relaţiilor sale de viaţă.

Bioetica şi drepturile omului

Drepturile omului la integritate fizică şi psihică, la libertate, intimitate şi viaţă privată, se impun ca drepturi naturale cît timp au o bază de afirmare în individualitatea şi originalitatea fiinţei umane, şi deci, în mod firesc,decurg din dreptul natural.

Bioetica, alături de instituţiile juridice,protejează şi garantează aceste drepturi în faţa cuceririlor ştiinţei,astfel ca, atît prin mersul lor natural cît şi prin cunoaşterea progresului ele să poată fi asigurate (10).Noile tehnologii au putut estopa unele condiţii inalienabile, prin posibilitatea supravegherii electronice a fiecărui simţ uman, şi ele riscă a transforma omul într-un obiect de informare şi nu de comunicare.Bioetica se referă la caracterul deformant al unor conduite supuse abuziv şi extensiv utilizării unor tehnologii, ea se referă la obţinerea unui consimţămînt liber, informat şi specific capacitat, perfectibil prin cunoaştere şi niciodată în detrimentul condiţiei sale umane (4).

Cu această contribuţie valorizantă s-a ajuns în Consiliul Europei, la peste un deceniu de regiementări,declaraţii şi convenţii (inclusiv privind bolnavul psihic),în care dominantă este nevoia dreptului la autodeterminare a omului asupra corpului, sănătăţii şi libertăţii sale (13).

Bioetică şi psihiatrie

Th.Szasz (19) considera paradoxurile psihiatriei a decurge din „cine diferă de noi nu este considerat normal" şi în orice bolnav psihic ar trebui să vedem un periculos comportamental".

La astfel de tendinţe antipsihiatrice mai adăugăm în prezent criza medicinei, în realitate o criză a subiectivităţii bolnavului redus deseori pînă la o fişă medicală, iar prin

relaţie,actul medical redus doar la o prescripţie.Astfel în loc de a îngriji bolnavul şi a-i trata boala se poate substitui convingerea asupra raportului dintre „o încredere şi o conştiinţă".

Subiectivarea convingerii despre psihiatrie, poate fi obţinută prin valoarea şi competenţa sa, ca o ştiinţă a psihicului uman iar psihiatrii ca „medici ai spiritului", dar psihiatria în limitele sale şi chiar în mesajul său nu poate rezilia orice fel de conflicte şi crize a căror surse pot fi multiple,complexe şi de motivaţii variate (18).

Bioetica şi asistenţa psihiatrică

Consimţământul bolnavului constituie fenomenul cel mai pregnant al respectului drepturilor omului, în orice circumstanţe, dar mai ales în psihiatrie, înainte de a se încrede în medic, bolnavul doreşte să fie informat şi să se decidă.De aceea,Cartea Europeană a Drepturilor omului consideră hotărîrea bolnavului şi a medicului a fi în realitate valoarea unei codecizii.In mod invers, orice internare sau tratament fără consimţământ sau participarea lui, ar fi un tratament inuman,degradant,şi aşa cum s-a declarat la Havaii şi în Consiliul Europei (13), ar fi echivalent cu o tortură psihică.

Drepturile şi garanţiile îngrijirii şi asistenţei bolnavilor psihici rămîn astfel asigurate de obligaţiile internaţionale în domeniul drepturilor omului.

In limitele capacităţii fizice ale fiecărei persoane,ale propriilor sale relaţii şi în limitele capacităţii sale psihice, explorarea şi asistenţa biomedicală clinică sau ambulatorie se poate face liber şi în cooperanţă medicală,întrunind consimţământul bolnavului.In acest fel se poate promova principiul legalităţii, al omeniei şi caritaţii şi al respectului faţa de drepturile fiecărei persoane.Dar în declanşarea unei boli psihice sau în cursul agravării tranzitorie sau durabile, de risc şi nocivitate grave faţă de propria persoană şi ambianţă, asigurarea tratamentului şi asistenţei se poate face şi în afara acceptiunii bolnavului, cu precizarea întotdeauna a gravităţii şi incapacităţii sale psihice.Se stabilesc în acest sens precizarea obligatorie a condiţiilor legal autorizate, starea clinică,durata previzibilă a condiţiei de urgenţă şi reglementările juridice şi cele de opinie publică (5).

In decursul medicinei, prin necunoastere sau limitele sale, prin incompetenţa şi alte condiţii s-au putut săvîrşi erori

cu grade de imputabilitate cunoscute sau previzibile. In proiecţia actuală a psihiatriei şi în lumea noastră contemporană abuzul la dreptul persoanei prin presiune morală, fizică clinică sau de altă natură de victimizări sau torture sînt incompatibile şi se găsesc sub incidenţe responsabilităţii şi vinovăţiei. De aceea anularea consimţămîntului bolnavului şi spitalizarea sa se poate face şi fără acest consimţămînt dar ea nu poate fi considerată în nici într-un caz liberă, iar dreptul său la libertate poate şi necesită a fi exprimat explicit, prin criterii şi limite precizate (11).

Bioetica în psihiatrie clinică şi relaţională devine un semnal de responsabilitate umană, deseori dramatic prin alternative şi vigilităţi, competenţă previzibilă şi risc. Ea semnalează însă intoleranţa, violenţa şi abuzul prin excesul său de discriminare şi subiectivism (7).

Bioetica şi asistenţa nocivităţii psihopatologice

Periculozitatea în comportamentul bolnavului psihic poate fi apreciată ca urgenţă medicală de necesitate, cu instituirea măsurilor de asistenţă protectivă şi terapeutică. Periculozitatea şi factorii săi de risc de natură biomezologică este acceptată în legislaţiile şi criteriile medicale actuale şi poate fi constatată ori de cîte ori se instituie măsurile legale şi juridice de prevedere şi protecţie a persoanei şi a ambianţei sale. Se pot constata astfel conduitele de violenţă, tipologia lor clinică, sursele lor şi condiţiile de risc şi agravare.

In astfel de împrejurări şi în formele lor de periculozitate, de receptivitate şi sensibilizare şi a unei opinii publice, temperenţa şi echitarea morală şi civică, intervin în mod expresiv şi formele de asigurare ale legalităţii, dreptului natural şi al omeniei şi în orice caz evitarea de abuz şi acţiuni arbitrare.

Familia, organele administrative sau sanitare apreciază oportunitatea consultaţiei printr-o cerere scrisă şi semnată, apoi specialiştii apreciază oportunitatea internării printr-un certificat eliberat în termen de 24 ore de la internare, o comisie medicală anunţă familia şi justiţia despre diagnostic precum şi pentru verificarea legalităţii internării. Controlul instanţei judiciare este necesar pentru evitarea internărilor arbitrare, consecutiv caracterului uneori subiectiv al diagnosticului psihiatric cît şi pentru judecarea de urgenţă a con-

testaţiilor. Ulterior,bolnavul este examinat periodic de aceste comisii din afara spitalului sau teritoriului şi care informează, de asemeni, familia şi tribunalul.In toate aceste proceduri răzbate, ca un filon moral, datoria psihiatrului de a proteja un bolnav şi chiar, o terţă persoană (aşa numita regulă Hamman din unele legislaţii) iar în stări de necesitate de a decide, chiar fără consimţământul unui bolnav incapabil de consimţământ (fapt ce nu exclude consimţământul familiei, al instituţiilor sociale). Toate acestea constituie un privilegiu acordat medicului în favoarea bolnavului şi societăţii şi o profilaxie a eventualelor incriminări privind refuzul de ajutor dat unei persoane în pericol (Hotărîrea Tarasoff şi cazul Regan ilustrînd această obligaţie a medicului). Bioetica distinge deci o spitalizare liberă (cu consimţământ) faţă de o spitalizare la cererea unor terţe persoane sau chiar o spitalizare din oficiu, la cererea unor instituţii de stat, dar cu respectarea aceloraşi reguli deontologice şi juridice.

Bioetică şi psihiatrie expertală

Oamenii de ştiinţă şi nu rareori prejudecata lor, au considerat criminalii ca fiind bolnavi psihici şi au introdus un concept totalitar şi exclusivist ce nu pot servi nici naturii şi nici reabilitării unor devianţe. Aceasta nu înseamnă că justiţia nu este interesată de calitatea expertizelor privind discernămîntul psihic al unei persoane. Competenţa unei expertize decurge din îndoieli şi opţiuni verificabile, de temeri şi angoasă (19). Dar şi în aceste condiţii, medicul rămîne să fie văzut ca medic şi nu ca reprezentant al justiţiei, deşi concluziile sale aparţin justiţiei.De aici decurge nevoia ca subiectivismul excesiv în expertiză să fie înlocuit cu evitarea oricăror suspiciuni de abuz de autoritate medicală. In materie expertală, consimţămîntul bolnavului, dacă dispune de capacitatea sa devine implicit şi clar deoarece, în aceste condiţii, respectul pentru fiinţa umană, deci autonomia bolnavului, alături de independenţa medicului, devin baza responsabilităţii expertului.

In cadrul specialităţilor de înalt risc se include şi psihiatria expertală care ar trebui să fie preocupată de calitatea ştiinţifică a actelor efectuate ca şi de profilaxia abuzurilor eventuale.

Este firesc să se ştie,în context legislativ o expertiză

psihiatrică explică şi nu disculpă, că ea se soldează uneori cu opinii (care se argumentează), iar alteori cu adevăruri medicale (care se demonstrează prin observaţie,investigaţie).Faptul este corelat şi cu multiplele calităţi cerute unui expert şi anume de natură tehnică (competenţă în vederea fiabilităţii concluziilor), de natură comportamentală (neutralitate şi obiectivitate) şi de natură caracterială (conştiinţa limitelor proprii).

Numai în condiţiile menţionate deciziile expertale vor fi tetice şi mai rar prudente sau echiprobabile, pentru a nu fi riscante (17,18). Totodată, expertul va face o profilaxie a eventualelor abuzuri de natură primară (va informa despre rolul şi competenţa sa), de natură secundară (de a nu lua parte la elaborarea unor concluzii preluate „tale quale") şi de natură terţiară (de a nu participa la impunerea unor sancţiuni).

In sfîrşit,un mare risc de care expertul urmează să fie conştient este acela de a nu participa,prin nici o cale, la o victimizare psihiatrică şi anume, căutarea de către bolnav a unui refugiu în boală, victimizare prin greşeli de diagnostic sau prin concluzii expertale ambivalente.

In mod firesc şi în situaţia oricărui şi cu atît mai mult a unui psihiatru, constatările şi faptele săvîrşite nu pot fi preluate doar la un mod impersonal şi fără o replică emoţională. Aceste constatări, pentru a nu fi expuse subiectivităţii,devin implicit necesare legalităţii constituite şi ale condiţiei sale etice, pentru a nu evita erorile medicale sau cele de abuz.

Bioetică şi cercetare psihiatrică

Multiple declaraţii în domeniu, inclusiv ale Consfătuirii de la Braşov din 1992,obligă, pe orice cercetător, a obţine consimţămîntul pacientului, a manifesta independenţă faţă de cei ce solicită o cercetare, a interzice divulgarea rezultatelor fără consimţamîntul bolnavului ori fără decizia tribunalului, a indemniza eventualele riscuri apărute. In acest fel se poate institui efortul de minimalizare a riscurilor şi maximalizare a beneficiilor, caracterul eficace, fără a fi opresiv, a oricărei cercetări desfăşurarea după criterii morale şi în care libertatea pacientului devine suportul constant al responsabilităţii omului de ştiinţă.Au fost legiferate în multe ţări (lege recentă Huriet din Franţa) şi în care, pe lîngă avizul unui comitet de etică spitalicesc,regional sau naţional, se cere şi avizul Comitetelor de protecţie a persoanei (5,14,20).Procesul recent din

cadrul tribunalului Internaţional al Comunităţii Europene a considerat neetică şi nelegală încercarea terapeutică dintr-un spital din RFG, vizînd stabilirea unui profil de personalitate la unii devianţi, numai pe baza avizului directorului spitalului (3).

Bioetica unor situaţii psihiatrice particulare

Revine psihiatriei obligaţia de a promova nevoia asistenţei morţii, pentru ca medicina să nu mai fie acuzată că a medicalizat, şi astfel, depersonalizat moartea.Revine medicinei nevoia ca în stările terminale să trateze suferinţe pentru a evita alterarea funcţiilor psihice ale bolnavului şi a uşura astfel „trecerea" demnă, dreptul său la o moarte demnă.Din acest punct de vedere,bioetica poate deveni ultima înţelepciune a unei medicini aflată în criză, a unei medicini ce riscă a deveni anomică prin necunoaşterea principiilor general-valabile ale deontologiei medicale.In acest sens, un ghid bioetic privind moartea a apărut peste tot în lume (1,9).

In virtutea dreptului la o moarte demnă se discută,cu acuitate, problema asistenţei suicidului, ca o ultimă modalitate de a evita amputarea demnităţii omului prin suferinţele sale incurabile. Dacă bolnavul este conştient şi judecata sa nu este falsă (cum ar fi într-o stare depresivă) atunci medicul riscă să poată,oferi un mijloc în acest scop. Se mai pretinde,în speţă, a fi de preferat o practică reglementată decît o practică clandestină (6).Dar mesajele medicinei de a lupta pentru viaţă şi mai ales „panta glisantă" a acestui tip de intervenţie,aper faţă de protecţia caracterului sacru al vieţii,chiar dacă ele nu condamnă juridic, face să fie condamnată valoarea etică, religioasă, şi cea a cutumei.

Orice analiză epistemologică arată dificultăţile unei astfel de hotărîri de „medicalizare a suicidului", dificultate ce îl conjugă pe medic de mari responsabilităţi.Caracterul ambivalent al hotărîrii bolnavului, plecînd de la o toleranţă foarte diferită la durere şi care poate fi o sursă a erorilor de judecată, se adaugă, apoi la evitabilitatea stărilor de depresie ce pot însoţi tentativele autolitice ,şi fac „ipso facto",alegerea aleatorie a unei decizii.Se adaugă, alte ori, şi incertitudinea diagnosticului (ce ţine de competenţa medicului), obiectivitatea cerută diagnosticului, caracterul uneori aleator al prognosticului (caracterul iminent al morţii), ca şi dificultatea cla-

sificării şi delimitării dintre suicidul raţional, inconştient sau asistat de eutanasia pasivă sau activă. Se mai adaugă şi dificultatea separării deciziei medicului de sentimentele lui, chiar acolo unde, aparent, puterea deciziei bioetice apare suverană, bolnavul avînd dreptul de a fi lăsat să moară, în felul său.

Transexualismul, prin fragilitatea diagnosticului, frizează boala mintală şi ridică probleme de bioetică de la liceitatea diagnosticului pînă la liceitatea intervenţiilor chirurgicale. Dacă disconfortul este exclusiv psihic şi nu psihopatologic, dacă sîntem deci în prezenţa unui transexualism primar şi nu secundar din bolile psihice, drama acestor bolnavi beneficiază de reglementările bioetice, atît timp cît s-a acordat un interval de un an pentru reflexie, consimţămîntul a fost clar şi scris, iar pentru minori a fost exprimat de părinţi.

In practica psihiatrică, ca şi în alte domenii, corpul uman poate fi obiect de probă. Afirmăm îndeobşte că medicina se bazează pe încredere, încrederea pe confidenţă şi confidenţa pe secret. Ori, publicizarea unei situaţii, probată de corpul propriu, devine un abuz dacă nu este prevăzută de lege, ori autorizată, în mod expres, de justiţie. Narco-analize sau detectarea minciunii comportă în acest sens opinii şi reglementări bioetice şi judiciare.

Dreptul bolnavului la autodeterminare merge pînă la sacrificarea corpului său în favoarea libertăţii de a decide faţă în faţă cu „neputinţa" medicului, de a asista sfîrşitul celor ce refuză alimentaţia. Exemplul celor 10 deţinuţi irlandezi ce au murit în aceste condiţii şi unde noţiunea de stare de necesitate nu a operat în vederea salvării vieţii, este un fapt consumat. Constituie această prevedere drama virtuţii medicale, antinomia sa, de a asista cum moare un om fără a-i putea da un ajutor, cu atît mai mult cu cît, informat despre riscuri, bolnavul îl refuză persuasiv (7). In virtutea caracterului absolut al drepturilor omului, devine oare legitima lipsă de ajutor necesar unei persoane în pericol?!

Dreptul de a naşte un copil dorit şi de a refuza orice i s-ar opune şi se confundă, sub aspect medical, cu dreptul la afecţiune devine o problemă psihologică, cît timp, relaţia mamă-copil constituie matricea ontologică a dezvoltării ulterioare. Drama copiilor nedoriţi, abandonaţi, în orfelinaj ridică,

pe lîngă alte probleme de asistenţă şi probleme de asistenţa psihiatrică, în vederea evitării anomiei ulterioare.

In sfîrşit, poate psihiatria să păstreze secretul unei boli? Dacă un comportament nu prezintă riscuri de nocivitate, dreptul la discreţie aparţine bolnavului, sau, la cererea sa,familiei. Dacă bolnavul prezintă un potenţial de nocivitate, psihiatrul trebuie să avertizeze orice persoană individualizată (cazul Tarasoff), iar dacă ameninţarea este de ordin general şi nu priveşte o persoană anume, identificabilă,(cazul Regan), psihiatrul devine prin aceasta,cel disculpat(18).

Psihiatrie şi management bioetic

In contextul cvadruplei disponibilităţi: a medicului de natură intelectivă (pentru medic competenţa fiind prima formă de onestitate) ,dar şi de natură afectivă, etică şi temporală,bioetica chiar dacă nu va schimba lumea medicală şi umană,putea oferi clarificări şi opţiuni posibile.Intr-adevăr ,prin efortul bioeticii de a găsi căile de permeabilizare a medicinei la uman, actul medical îşi poate recăpăta caracterul său peren de act personalizat, iar bioetica poate deveni un proces reflexiv de conştiinţă şi chiar o sursă de drept.Sub acest aspect, bioetica este o permanentă aspiraţie, „O minima moralia"(15,16) pentru soluţiile de conştiinţă ale fiecărui caz în parte, pentru ceea ce s-a numit „clauza de conştiinţă" a medicinei cotidiene.

In multe situaţii actuale, progresul tehnic aduce aspecte medicale şi etice inedite, ce nu vor putea apela întotdeauna la „standarde de aur", motiv pentru care, omeneasca conştiinţă va găsi soluţii proprii, eventual la sursele de bioetică existente în toată lumea.

Structurarea unor organisme, cu reprezentanţi din ştiinţele limitrofe medicinei, vor putea informa şi recomanda proiecţiile actuale şi previzibile de conduită, vor putea poate coordona, planuri de cercetare şi, în sfîrşit, vor putea informa opinia publică şi propune legislativului opţiuni normative şi reguli îndeobşte acceptate.

Dimensiunea bioeticii se află în plină desfăşurare,în medicină şi în fiecare specialitate medicală în parte.Efortul său este de a sluji, pe orice cale personalitatea umană şi umanismul ei.

Poate nu ştim sau nu credem în punctul de plecare al condiţiei biologice ca sursă sau devenire a condiţiei noastre umane,

dar sîntem şi prevedem a fi singura modalitate viabilă a conştiinţei noastre de sine, de natura şi ambianţa sa.

Omeneasca şi mereu perfectibila cunoaştere este pentru noi un îndemn previzibil la soluţii alternative, la aspiraţii valorice, dar şi la tematorul risc al neprevederilor de irecuperabile disoluţii.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Brehant J., Thanatos, Ed.R.Laffont,1976.
2. Blaga L., Despre Scientism, Curs,fasc.II,Cluj 1947.
3. Byk C., Medical and Biological Progress and the European Convention on Human Rights,Med.and Law,1992,3-4,187.
4. Dierkens R.,Medical Law and the Challenge of Medical Science, Med.and Law,1979,1, 1
5. Deutsch E.,Medical malpractice,Informed Consent and Human Experimentation,Med.and Law,1979,1,81.
6. Dinwiddie St.,Physician - assisted Suicide:Epistelogical problems,Med.and Law,1992,5-6,345
7. Gigliotti G., The Right to Refuze treatment.Med.and Law,1991, 5,513.
8. Heidegger M.,Repere pe grumul gîndirii,Ed.Polit.,1988.
9. Heuse G., Guide de la mort,Masson,1975.
10. Hayes J., Health Care as a Natural Rights,Med.and Law,1992, 5,6,405.
11. Liiceanu G., Cearta cu filozofia,Humanitas,1992
12. Lorenz K.,Essais sur le comportement animal et humaine,Seuil, 1970
13. Melicier D.,La responsabilite medicale.Donnees actuelles, Masson,1992.
14. Morggenbesser S.,Experimentaion and Consent:Phylosophical medical Ethics,Med.and Law,1992,4,97.
15. Pleşu A.,Minima moralia,Cartea Românească,1988
16. Ruffie J.,De la biologie a la culture,Flammarion,1976
17. Scholosberg A.,Issue in Psychiatrie Prevention and Enforcement of Treatment,Med.and Law,1991,5,483.
18. Stone K.,Law,Psyhiatry and Morality,New York,1984.
19. Szass Th.,La loi, la liberte et la psychiatrie,Payot,1977.
20. Tebek N.,Medical Experimentation on Humans:A Moral Point of View.Med.and Law,1992,5-6,353.
21. Zamfirescu D.V.,Etică şi etnologie,Ed.St.şi Enciclop.1982.
22. Zamfirescu D.V.Intre logica inimii şi logica minţii,Ed.Cartea Românească,1985.

Cuvinte cheie: Bioetica psihiatriei

VICTIMOLOGIA SI ASPECTELE RESPONSABILITATII MEDICALE IN PSIHIATRIE

PROF.DR.TADEUSZ PIROŻYŃSKI

Cadrul de referinţă al victimologiei.

Semnificaţia victimologiei se referă la înţelesul şi relaţia ce se acordă modalităţilor de cercetare sau studiu al victimei.

In orice raport de violenţe şi agresivitate se situează persoana ca victimă fizică sau morală a unor suferinţe ce a putut fi sau au fost săvîrşite asupra acesteia. Descripţia şi analiza medicală poate cuprinde aspecte complexe şi multimodale de cercetare, dar ea se referă întotdeauna şi în mod iniţial şi ca succesiune de consecinţe la agresor, atacul sau violenţa ce a fost declanşată de aceasta.

Natura şi condiţia foarte diferită a victimei, a unui grup sau populaţie de persoane, realizează acţiunea sau sursa patogenă a victimizării, stabilind caracteristica,gradul şi limitele responsabilităţii morale sau faptice în care agresiunea şi agresorul nu pot acţiona şi deţine statutul de victime sau stare victimizată (12,24).Raportul acestei relaţii dintre victime şi agresor operează în limitele clinice şi medicale constatabile prin care semnificaţia victimologiei este în mod distinct precizată prin criteriile psihiatriei şi ale competenţelor sale funcţionale (7,lo).Astfel se cercetează motivaţia,sursele şi consecinţele stării de sănătate mentală ale victimei sau victimizării,modalităţile preventive de asistenţă medicală şi de reabilitare.

Caracterul şi dimensiunea victimologiei pot fi extinse şi multiple. In limitele acordate psihiatriei clinice ea face parte din asistenţa stării de sănătate mentală a persoanei şi personalităţii sale şi al sistemului ei ambiental de funcţionare.

Victimologia în psihiatrie

Psihiatrie are o fundamentare medicală a cărei suport se adresează în mod personalizat, unei persoane sau grup,întotdeauna diferenţiat şi personificat prin sursă patogenă comună.

Obiectul cercetării şi asistenţei de psihiatrie se obţine întotdeauna prin identificarea factorilor de risc şi acţiunea dominantă, agravantă sau asociată a unei patologii precizabile.

Formele de manifestare clinică sînt diferite şi ele aparţin unei patologii instituită şi declanşată prin acţiuni iniţia-

te de o sursă definită ca agresoare.

Sursa agresoare poate fi definită şi catalogabilă prin acţiunea ce produce efectul de oprire, abatere sau anulare a unei dezvoltări firesti şi naturale în condiţiile de viaţă sau existenţă ale unei persoane sau grup.Astfel o sursă poate fi agresoare prin acţiunea şi comportamentul destructiv şi violent direcţionat spre persoane, relaţii şi obiecte ce sînt numite victime sau efecte ale victimizării (8,9).

Descrierea şi cercetarea medicală a unei patologii ce se înscrie în cuprinsul victimologiei precizează în mod necesar elementele sau criteriile sale de bază. Această patologie victimologică devine obiect precizabil prin :

- personificarea unei persoane sau a unui grup;
- raportul şi relaţia dintre surse agresoare şi consecinţele săvîrşite faţă de victimă;
- comunicarea informaţională şi impactul ce-l poate produce.

Precizările asupra victimologiei decurg din opţiunile noastre asupra răspunderii şi limitelor ei medicale constatabile în dimensiunea actuală a psihiatriei şi psihopatologiei relaţionale.Răspunderea medicală în patologie mentală tinde să stabilească întotdeauna tipul caracteristic de suferinţă victimală. Această precizare a tipului medical de suferinţă medicală devine necesar unei competente analize sau cercetări clinice multidisciplinare (2,15).

Patologia victimală este diferită, complexă şi aparţine de cele mai deseori explorărilor de strictă specialitate, dar şi unor aspecte comune prin mecanismul şi sursele ce au declanşat şi provocat acţiunea victimologică.

Aspectele clinice ale victimologiei în psihiatrie

Victimologia poate cuprinde, în raport de conţinutul şi gradul ei de competenţă, aspecte medicale diferite.Ea se referă la aspecte traumatologice, toxice sau şi la altele ce sînt implicate în suferinţe psihice acute şi ulterior sechelare.Ea utilizează în mod necesar cunoştinţe de criminologie,teoria dreptului de sociologie şi deontologie ce susţin probitatea diagnosticului şi a conduitelor de asistenţă (16,21).

Aspectele clinice pot avea în psihiatrie, ca obiect de cercetare şi asistenţă următoarele:

- psihopatologia clinică cu o tipologie distinct victimologică,

- psihologia clinică medicală precizată de psihodiagnostic şi psihoterapie

- patologia medico-legală psihiatrică susţinută de analiza victimologică

- epidemiologia psihiatrică privind factorii de risc victimal.

Aspectele clinice, precizate de noi, pot contribui la permanente atenţionări şi sublinieri ale evitării unor greşite conduite sau imprecise generalizări privind răspunderea medicală.

In situaţii medicale insuficient probate sau numai intenţionate, nu se poate de fapt stabili şi valida diagnosticul recuperator şi funcţional, ca şi nivelul şi formele răspunderii faţă de o persoană sau formele şi condiţiile de prejudiciere.

Termenul de risc victimal deţine în psihiatrie o precizare stabilită de natură lezională sau psihogenă, iar relaţia dintre victimă şi victimizare se referă la un fenomen multimodal relaţionat de surse diferite morale şi fizice. El încorporează în conţinutul său psihopatologic şi funcţional toate categoriile de victime, indiferent de sursele şi factorii de victimizare (4,23).

Descripţia şi enumerarea formelor clinice este deseori diferită şi se poate referi la contextul stabilit psihopatologic şi sindromatic, cum poate fi: sindromul copilului bătut, sindromul femeii bătute, cel conjugopat, de abandon sau lipsa de protejare a unor categorii de handicap, violenţe fizice şi morale prin surse precizate,directe,comune,prin tortură sau calamitare sau încă altele ce pot fi precizate (4,6,17).

<u>Dinamica victimologică</u>

Raportul victimologic este un proces dinamic ce poate avea o desfăşurare acută sau procesuală într-o durată de timp. Rezoluţia sa acută aparţine urgenţelor medicale şi chirurgicale, iar dezvoltările procesuale sînt stabilite în serviciile clinice de profil, cu participarea întotdeauna dominantă sau asociată psihiatriei clinice şi relaţionale.

Dinamica procesualităţii victimologice deţine implicaţii psihoreactive funcţionale sau de intensitate psihotică,episodică şi alteori durabilă, cu diferite forme de concomitenţă lezională, cu grade de invalidare ce au propria lor evoluţie recuperatorie sau instituire de handicap.

Dificultatea de elaborare a diagnosticului de competenţă

în psihiatrie apare uneori din caracterul postfaptic, evoluţiile agravante subiective sau cele ce pot complica evoluţia clinică.

Raportul dintre agresor şi victimă este în relaţie directă cu un potenţial informaţional considerat ca terţ factor de acţiune sau cîmp psihologic şi acţional. Această terţă constituire de relaţie se găseşte într-o dinamică situaţională în care agresorul sau surse agresive să poată deveni replica violentă a victimei, cum ar fi legitima apărare şi în consecinţă se poate constitui din agresor, în victimă. Această condiţie sau morfologie a faptului săvîrşit aparţine cu siguranţă asistenţei clinice în aspectele sale lezionale şi psihopatologice, dar stabilirea diagnosticului în psihiatrie se precizează prin multiple criterii de validare dintre care şi cel victimologic. Prin corespondenţa şi concordanţa dintre criteriile multidimensionale ale diagnosticului se precizează responsabilitatea agresorului, acţiunile şi motivaţiile în contextul faptic (13,22).

Dinamica raportului victimologic poate însă fi „schimbată" de la condiţia de victimizare la cea de săvîrşire a agresiunii. Diagnosticul şi analiza medicală precizează în acest sens gradul de răspundere într-un cadru victimologic precizat.

Cîmpul psihologic acţional poate institui alternative, sau forţe de precipitare sau inducţie în care relaţia victimologică devine simultană, succesivă, dar este în egală măsură să opereze asupra criteriilor medicale ale răspunderii medicale.

In cadrul comportamentului relaţional şi a celui delicto-judiciar victima poate deţine una din următoarele situaţii:

- Atitudine fără semnificaţie pentru motivaţia comportamentului agresiv. Această situaţie, deseori apreciată ca întîmplătoare sau accidentală, (tocmai prin lipsa unei motivaţii relaţionale), sugerează condiţia univocă a agresorului, aflat în cursul unui proces acut de disoluţie a conştiinţei, ca în beţia patologică, stările crepusculare epileptice sau sindrom confuzional de orice etiologie.

- Atitudinea pasivă sau indiferentă, dar cu semnificaţie activă în motivaţia patologică a agresiunii. Ea dezvăluie o relaţie durabilă, dar al cărei caracter relaţional psihopatologic este inexpresiv semiologic, mascat sau disimulat. Impactul are un aspect de surpriză, dar oferă examinări medicale cu acest prilej, dezvăluirea stadiului de debut sau de evoluţie încă neidentificată a patologiei de discordanţă psihică, ca şi a formelor deli-

rante de orice etiologie.

- Atitudinea activă şi potenţatoare a motivaţiei patologice la un comportament aberant, care evidenţiază potenţialul de risc al atitudinilor sau al situaţiilor ce întreţin sau declanşează impactul. Provocarea în acest sens este relativă,întrucît conţinutul ei capătă o semnificaţie potenţatoare numai prin referinţă la motivaţia patologică a agresorului.In această situaţie victima aparţine sau este apropiată familiei şi locului de existenţă al bolnavului aflat de regulă într-o evoluţie trenantă, cu acutizări periodice, sau neglijat ca tratament. In alte împrejurări victima însăşi printr-un comportament dizarmonic sau psihoreactiv întreţine o relaţie de tensiune a cărei agravare se complică prin reacţia de impact.

- Atitudine patologic motivată cu inducţia activă spre conflict a cărei precizare tipologică poate fi realizată printr-o analiză retrospectivă, din care decurge şi caracterul activator al psihoreacţiei comportamentale a agresorului. De regulă victima în asemenea relaţii manifestă o durabilă malignitate comportamentală cînd este o structură dizarmonică impulsivă,cverulentă, cu degradare narcomanică a personalităţii, sau dezvoltă un sistem delirant în care este implicată o persoană ce i se instituie potenţialul de replică agresivă.

- Atitudine activă de inducţie patologică reciprocă,situaţie întîlnită în mediul de convieţuire al bolnavilor psihici, într-un mediu instituţionalizat sau în afara lui.

Dinamica raportului victimologic devine astfel precizabilă prin analiza şi descripţia clinică a victimei şi stabilirea acţiunilor conjunctural relaţionale şi situative (10).

Spaţiul şi dimensiunea clinică în psihiatrie sînt însă limitate,iar dinamica raportului victimologic poate să folosească şi să dezvolte natura modelelor acţionale fără a le putea epuiza sau numai schematiza. In acest sens sînt cu totul necesare competenţa clinică a criteriilor de validare faptică a acţiunilor şi reacţiilor săvîrşite.

Relaţiile interumane menţin o diversitate de situaţii din care unele cu exprimare destructivă, frustraţii şi conflicte, reacţii de subcultură, dezorganizare şi inadaptare, imitare însuşită prin stereotip şi inducţie şi desigur încă altele ce pot fi enumerate şi descrise (3,11).

Relaţia interumană poate avea o raportare individuală,de

grup sau raport sociocomunitar, dar fiecare situaţie deţine în mod evident o descriminată condiţie individuală, ca persoană ce are răspunderea faţă de limitele de sănătate,boală sau forme de invalidare.

Analiza sistemică a riscului victimal

Analiza clinică în psihiatrie cuprinde şi se referă,ca aspect victimologic, la factorii de risc victimal în tentativa unei ordonări sistemice. Din punct de vedere epidemiologic se reprezintă o acţiune reală sau potenţială a unei persoane ce este identificată prin criterii medicale, ca victimă.Ea dezvoltă în consecinţă efectele descrise şi precizate de victimizare.

Se poate astfel opta asupra surselor primare de agresiune sau evaluării potenţiale celor asociate,după cum pare necesară stabilirea gradelor de vulnerabilitate a riscului victimal.

Dinamica victimologică şi riscul victimal epidemiologic pot fi exprimate în dimensiunea lumii noastre contemporane prin tendinţele sale previzibile.Ele devin şi în prezent comensurabile în psihiatrie,prin criterii clinice medicale, individualizate şi supuse în mod unanim răspunderii implicate în săvîrşirea agresivă.

Niciodată în condiţia umană răspunderea medicală nu a fost mai actuală ca acum.Ea afirmă dreptul natural al fiecărei persoane la datoria legitimă de a fi îngrijit sau asistat pentru a trăi şi funcţiona sub capacitatea şi valorile sale de afirmare (12,18).

Dreptul şi obligaţia de însuşire a răspunderii medicale se obţine pretutindeni în baza cunoştinţelor şi competentelor medicale statutare,legale şi contractuale. El se referă integral la relaţiile victimologice în ansamblul contextului ler clinic pentru fiecare persoană.

După opinia noastră, precizarea stării victimale este expresie capacităţii de înţelegere şi necesitate a conştiinţei actuale a dreptului natural al fiecărei fiinţe umane.

Psihiatria operează valoric prin competenţa răspunderii sale, de la aspectele descriptiv-constatative la cele clasate sistemic şi acţional, ce sînt incluse şi stabilite, prin factorii de risc victimal.Astfel, într-un termen generic,criza inumanului corespunde acceptării însuşite de lumea noastră actuală, exprimată indubitabil în condiţia de a fi şi funcţiona ca stare de viaţa şi sănătate (1,14).

Categoria pasiunilor, prejudecăţilor sau intereselor de viaţă ale oamenilor constituie particularităţile diferite ale relaţiilor interumane. Ele se referă însă în mod distinct la acele efecte medicale ce sînt sursele sistemice ale factorilor victimali şi care în consecinţă acţionează în ansamblul lor asupra răspunderii medicale.

Psihiatria clinică, în orice demers victimologic poate stabili încă iniţial caracterul personalizat al victimei,gradul de recunoaştere al victimizării şi în limitele sale de confirmare veridică sau de refuz activ faţa de sursele agresive.

In orice caz sursa agresivă şi particularităţile directe sau complexe ale raportului victimologic constituie expresia activă şi dominantă a anlizei clinice de psihopatologie .

Sînt luaţi însă în consideraţie şi riscul victimal al unor situaţii favorizante, de vulnerabilitate, sau de precipitare, a unor acţiuni elaborate, de reacţii acute discomportamentale, subsihotice, psihotice,iar durata şi precizarea lor clinică poate contribui la diagnosticul şi forma de evoluţie clinică.

Analiza sistemică a riscului victimal cuprinde formele de interacţiune directă, individuală, de grup, cu particularităţile medicale individualizate.Ea poate descrie incidentele motivaţionale, fizice, factorii de risc repetabili, vulnerabili circumstanţial şi încă alte situaţii care prin frecvenţa lor constatată devin risc previzibil, de asistenţă şi prognoză epidemiologică (5,19).

Astfel fresca unei psihopatologii interacţionale victimologice devine precizabilă prin criteriile clinice ale diagnosticului multifactorial ce privesc victima şi răspumderea medicală a formei sale de victimizare.

Competenţa expertală victimologică în psihiatrie

Psihiatria actuală promovează, ca expresie a raportului interuman, dreptul natural de sănătate şi funcţionare ce poate fi rezultatul distinct stabilit al unor forme şi acţiuni victimologice.

Dimensiunea extinsă şi polimorfă a victimologiei în psihiatrie deţine limitele de analiză şi cercetare ale diagnosticului şi prognozei clinice. Ea priveşte victima sau victimizarea sa pentru stabilirea răspunderii prin criteriile medicale ce servesc condiţiilor procedurale ale responsabilităţii faţă de dreptul natural al unei persoane.

Psihopatologia clinică cuprinde o categorie de tulburări comportamentale ale unei patogenii dominante sau asociate şi secundare, ceea ce dezvoltă în prezent atenţia acordată criteriilor de competenţă ale raportului victimologic.Cu siguranţă aceste competenţe aparţin în mod specific fiecărei discipline clinice şi numai în forma cooperantă şi interdisciplinară pot fi elaborate condiţiile şi răspunderea medicală.

Dinamica şi epidemiologia psihopatologiei clinice descriu în prezent aspecte medicale noi, extrem de complexe.Ele pot apărea ca relaţionale, funcţionale şi morfolezionale prin care se pot preciza direcţii de competenţă cu particulare contribuţii expertale din care decurge răspunderea şi dreptul unei persoane ca victimă sau acţiune suferită.

Violenţa,agresivitatea, în toate formele ce aparţin relaţiilor şi vieţii noastre actuale reprezintă surse de risc victimal în particularităţile stării de sănătate mentală şi se stabileşte individualizat în contextul clinic şi al răspunderii medicale.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Anthony J.E.,Koupernik (eds.) The child in his family: the impact of disease and death.edit.John Wiley, N.Y.1973
2. Buikuisen W.,Mednick S.A.(edit.by): Explaining Criminal Behaviour,Edit.E.J.Brill,Leiden Ny.1988
3. Daix P.: Ce que je sais du XX-e siècle.Ed.Calman-Lévy 1985
4. Galland O: Un nouvel âge de la vie - Revue Française de sociologie 1990,31,529-551
5. Garbarino J.,Gillam G.: Understanding Abusive Families,Lexington Books, D.C.Heath Comp.Lexinsten 1981.
6. Gendreau J.: Aurore, l'enfant martyre.Essais sur la violence faite aux enfants - Santé mentale au québec 1992,26,1,55-72
7. Godfryd M.: La responsabilité du psychiatre des hôpitaux en droit commun.Ann.méd.psychol 1987,145,9,763-774.
8. Hafner M.,Boker W.: Crimes of Violence by Mentally abnormal offenders,Cambridge University Press 1982
9. Kempe R.S.,Kempe C.H.: L'enfance torture.Ed.Mardago,Bruxelles, 1978
10. Lemaire J.F., Imbert J.L.: La responsabilité médicale P.U.F.

coll que sais-je,1985,Paris.

11. Massé R .: Evaluation critiqul de la recherche sur l'étiologie de la violence envers les enfants Santé mentale au Québec 1990, 15,2,107-128.

12. Méméteau G.,Mallenec L.: Le contrat médical: La responsabilité civile du médecin - edit. Maloine,Paris 1982.

13. Pibarot A.,Lery N.: Changements culturels et nouvelles responsabilités des acteur de prévention.Méd. et.Hyg.1992,50,2031-2033

14. Pirozynski T.(sub red.) Patologia agresivităţii intrafamiliale.Rev.Med.Clin.(supliment) Iaşi 1991

15. Pirozynski T.(sub red.) Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic - Clinica de psihiatrie IMF Iaşi 1987.

16. Pirozynski T., Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologie relaţională.Rev.Med.Chir.(supl.)Iaşi,1989

17. Roden R.G.: Suicide and Holocaust Survivors.Iar J.Psychiatry Relat.Sci.1982,19,2,125-135.

18. Robert R.: Les responsabilités et la responsabilité actuelle du psychiatre.Psych.Francophone,1982,1,8,8-15

19. Robinson Gh.,Winnik H.Z.: Second Generation of the Holocaust Survivors Communication of Experience ls Children,and its Effects In Y.Psychiatr.Relat.Sci.1981,18,2,99-103

20. Ruthowski R., Sobnowiah J.: Etyczne problemy opinowania o poczytolnosci.Psychiatr.Pol.1991,25,34,119-124

21. Scripcaru Gh.,Pirozynski T.: Victimologic Relations in maladjusted Pathologic Behaviour.

22. Soutoul J.H.,Pierre E.,Robertoe E.: Le risque pénal actuel et non-assistance à personne en danger pour le médecine généralist ou spécialist.Journal de méd.prat.1989,14,11-16.

23. Tomorug R.,Pirozynski T.: Victimologie Relation in Psychoinvolutios maladjustement.The Second International Symposium on Victimology,Sept.1976, Boston USA.

24. Veron M.: La responsabilité penal du médecin,édit.Maloine, Paris,1984.

Cuvinte cheie: Victimologie; Responsabilitate medicală

DEVIANTA CA SURSA POTENTIALA SI ACTIUNE A UNOR CONDUITE AGRESIVE

Prof.Dr.TADEUSZ PIROŻYŃSKI

Concept şi referinţe

Agresivitatea poate fi considerată ca fenomen general al speciei cu forme şi manifestări particulare viabilităţii sale caracteristice. In condiţii umane ea se poate exprima sub forme diferite, deseori aparente şi potenţial convertite,după cum se poate deţine particularităţi individuale, ca şi cele induse reciproc, în situaţii de grup sau cu extindere colectivă.

In opinia noastră, actualitatea tematică a conduitelor agresive cuprinde dimensiunea şi gradul de înţelegere pe care-l acordăm devianţei.Ea se exprimă ca stare diferită de sănătate mentală, stare ce o atribuim psihiatriei contemporane ca un episistem medical integrativ, antropologic şi social.Devianţa constituie în acest sens una din sursele implicate şi semnificative ale conduitelor agresive.

Exprimarea şi tipologia devianţei cuprinde aspectele psihocomportamentale ontologice sau patobiografice ale unei personalităţi, caracterul lor durabil şi constant sau numai situaţional şi psihoreactiv pasager.

Psihopatologia clinică prin analiza sa medicală înţelege devianţa ca o „anormalitate" faţă de relaţiile sale funcţionale şi de viaţă, sau în diferite precizări şi opinii ca: abnormă, dizarmonică şi disociabilă, personalitate accentuată, sociopată, ca tulburare de comportament, anomică, dar încă alături de altele precizate în acelaş model dimensional şi se extinde implicit asupra unor relaţii de grup, cu particularităţi distincte de funcţionare într-un ansamblu socio-comportamental.

Este firesc ca revenind asupra conduitelor agresive, a caracterului lor complex şi al devianţei ca sursă potenţială a acestor conduite, să nu omitem atributul deseori implicat de psihiatrie sensului ce se acordă şi unor categorii numite ca: marginale, subdezvoltare şi subcultură, insuficienţă şi carenţă informaţională ca şi altor numeroşi factori materiali,culturali şi morali ce acţionează asupra nivelului şi proiecţiei sănătăţii mentale.

Mobilitatea şi gradul general şi caracteristic nivelului de organizare şi funcţionare interumană se referă,în semnificaţia medicală, la concepte generale numite în ansamblul lor, ca

dezorganizare,perturbare sau patologie socială.Sensul multimodal al acestui concept este interdisciplinar, dar competenţa pentru cercetare şi asistenţă în psihiatrie deţine un mod firesc doar limitele medicale şi criteriile lor de validare (7,8).

Ca patologie individuală, cu dimensiuni relaţionale şi sociale pot fi exemplificate sinuciderile, crimele omucidare,narcomaniile, alcoolismul, prostituţia şi altele. Ca patologie de grup pot fi alăturate, de exemplu: dezorganizarea relaţiei familiale şi conjugopatiile, delicto-agresivitatea organizată, discriminarea etnică, rasială şi confesională, ca şi opinii de sistem ideologic şi totalitar (8).

Dezorganizarea socială se referă la numeroşi factori, la ansamblul lor şi la acţiunea şi influenţa predominantă a unora dintre aceştia.

Teoriile diferite ce acordă semnificaţia dezorganizării sociale devin relevante pentru conduitele agresive umane, dar sub raportul lor valoric exprimă şi definesc atitudinele deviante ca şi riscul lor patogen (2,6).

Unele din aceste teorii iau în consideraţie retardarea culturală datorită dezvoltării şi expansiunii ştiinţifice şi tehnice, altele privesc societatea modernă industrială şi post industrială, care în avansul ei rămîne formalizată sau lipsită de funcţionarea şi structurile interumane ce realizează alte nevoi şi aspiraţii, cu alte relaţii motivate moral şi material.

Apropiat acestor direcţii, dezorganizarea socială este cercetată în dinamica conflictului dintre valorile bazale ale funcţionării umane. Nu putem epuiza de altfel toate opţiunile teoretice, dar multe dintre acestea contribuie prin aspectele ce le precizează să dezvăluie mobilitatea şi tendinţele lumii noastre contemporane. Agresivitatea umană prin multiplele ei aspecte denunţă conflictul valorilor, dar şi generalizarea unor motivaţii particulare relaţiilor noi de viaţă.Astfel se enunţă impactul interpersonal la condiţiile şi nivelul lor de extindere sau chiar de generalizare la relaţii funcţionale prin care nu mai devin posibile atributele caracteristice unui grup sau comunitate umană.

Surse psihopatologice în devianţa conduitelor agresive

Particularităţile patogene ale conduitelor agresive exprimă generalizarea informaţională, importanţa masmediei nivelată comportamental şi atitudinile stradale influenţate de conflictua-

litate şi frustraţii, de standardele pragmatismului dominat de violenţe şi plafonarea şi subnivelarea valorică de proiect şi aspiraţii. Ele pot constitui sursele numeroase şi variate ale unei psihopatologii comportamentale în lumea noastră actuală.

Dezvoltarea şi progresul spectaculor al tehnicei, ca şi beneficiile incontestabile aduse vieţii şi civilizaţiei, dau însă în mod constant şi previzibil efecte negative ecologice, după cum în mod evident pot provoca acţiuni destructive, provocate de violenţă individuală sau colectivă ajutată de perfecţionarea tehnicii, pînă la dimensiunea unor severe calamităţi. Orice adolescent, orice femeie sau bărbat cînd dispune de o modalitate agresivă tehnică poate amplifica reacţiile sale de frustrare şi violenţă pînă la consecinţe neprevizibile şi destructive pentru persoane sau victime, unele cu totul indiferente şi nediscriminate. Actele de agresiune, ca şi cele de terorism şi pînă la deturnările de trafic rutier şi aerian, fac parte din instabilitatea severă a riscurilor noastre de fiecare zi. Dar constatăm tensiunea şi îngrijorarea ce implică extinderea agresivităţii şi violenţele în nebănuite proporţii de victimizare şi uneori faţă de valori irecuperabile. Exterminarea de proporţii nebănuite a unor fiinţe umane poate deveni posibilă în relaţiile actuale, fără chiar a unui act agresiv considerat în sine ca o conduită de acest fel. Apare posibilitatea şi riscul fără a săvîrşi acte de violenţă fizică consecinţe ce pot fi atribuite în mod distinct şi unor anumite persoane. Astfel fără a se stabili nici o legătură de cunoaştere sau contacte directe se poate acţiona şi extinde asupra unor alte persoane, prin acţiuni agresive (teroriste sau războinice), prin intermediul unor tehnici prezente, biologice, toxice, electronice şi termonucleare. Orice contacte interpersonale pot dispare în fuziunea anonimatului şi iau locul conflictelor şi frustraţiilor. Ele pot fi animate doar de insecuritate, gelozie şi angoasă, naţionalisme prin complexe de inferioritate sau superioritate, ce potenţează exploziile de violenţă, care se pot evidenţia atît individual, dar şi cele colective (1,8).

Conflictele, prin aportul lor interpersonal sau cel intercomunitar, sînt factori necesari şi dinamogeni de transformări şi substituiri necesare unor stagnări stereotipe şi lipsite de dinamism şi viabilitate. Violenţa în limitele conflictelor de-

Scanned with OKEN Scanner

vine însă depăşită de dominanţa acţiunilor reactive, de ordin primar sau de diferite grade de complexitate. Expresia sa faptică sau potenţialul gestant al conflictelor violente întreţine ura ca deviantă de înţelegere şi reprezentare a unui blocaj psihologic şi informaţional, cu reproduceri stereotipe de habitudini.In acest fel ura devine programată ca expresie a sinelui faţă de toţi, cu implozia pulsională de insaţietate cum sînt foamea sau sexualitatea, ce se dezlănţuie prin compensaţii deviante şi paroxisme, fără a dispune de anticipaţie spre stabilizarea unor modele şi valori ce-şi găsesc încă proiecţia de viaţă. Putem doar calcula, în limitele previzibilului, efectele unor conduite agresive individuale şi poate chiar colective, prin impactele brutale sau mutaţiile a căror consecinţe generalizează violenţa ca un mod particular de atitudini şi viaţă. unele constatări psihosociologice se referă la motivaţia unor conduite şi acţiuni ce aparţin unor nevoi bazale faţă de configuraţiile diferite şi particulare ale lumii noastre moderne. Astfel nevoia de identitate a oricărei condiţii umane s-a realizat şi se afirmă prin atitudinea contrarie de acceptare a anonimatului.In lumea noastră fiecare persoană aspiră să se valorizeze şi poate această nevoie excesivă conferă fiecăruia destinul propriei sale existenţe.O altă nevoie psihocomportamentală poate lua în considerare stabilirea permanentă a stimulării ca formă contrarie a indiferenţei, ca expresie dezangajată a intereselor şi atoniei de atitudine. S-a şi descris de altfel exerciţiul agresivităţii ca lipsă de preocupare şi extravaganţă a plictiselii (5,9).

Mobilul şi direcţionarea conduitelor este cu siguranţă dificilă şi complexă, dar stratifică unele trăsături mai caracteristice sistemului modern de viaţă. Din aceste trăsături fundamentale nevoia de securitate se confirmă cu o constantă a vieţii individuale, dar şi a unor relaţii comunitare.Opusul ei apare în tensiune panicei şi a angoasei, ca proiecţie durabilă a fricei faţă de sine şi de ceilalţi.Violenţa şi agresivitatea în numeroasele sale forme de exprimare umane nu se poate limita doar la cazurile clinice patologice individuale,dar şi la situaţiile extinse de victimizare intenţională, activă, cu exprimări clastice şi distructive identificate.

In referinţa noastră, cadrul medical al conduitelor agre-

sive explică aspectele patogene ce decurg din docilitatea individuală şi de grup prin ordonarea în acest fel a unor fiinţe necunoscute sau anonime.Ele acţionează şi provoacă consecinţe unor impacte tehnice,economice,demografice,ecologice şi psihosociale. Nu depăşim în mod firesc limitele şi criteriile medicale,dar nu putem semnala climatul psihocomportamental sesizabil al unor tendinţe generale în mutaţiile lumii noastre din care unele consecinţe pot întreţine potenţiale riscuri pentru relaţiile de viaţă şi starea de sănătate mentală previzibilă.Docilitatea poate părea doar o trăsătură de comportament, dar interconditionarea comunitară prin joc oportun de nevoi pragmatice, prin autoritate şi însuşirea repetată a unor modele neconcordant subiectivate, dezvoltă frustraţii şi exaltarea reactivă dominant situaţională (3).

Mutaţiile lumii noastre actuale sînt proiecţia de ansamblu a vieţii,a progreselor şi riscurilor imediate, dar şi de durată, a particularităţilor diferite de a acţiona şi reacţiona la nevoile şi aspiraţiile oamenilor. A existat poate mult prea optimistă condiţia de orgoliu a lumii contemporane cînd a apreciat civilizaţia şi o nestăvilită performanţă a unor culminante depăşiri.Dar cel puţin secolul nostru nu poate fi, în ascensiunea istoriei, un secol blînd şi tolerant. Unii îl consideră poate cel mai sălbatec al umanităţii,cel al victimelor eliminate, al agresivităţii războaielor şi terorismului, al urii şi crimei organizate, al intoleranţei şi excesele faţă de viaţă şi natură. In raportarea noastră conduitele agresive deţin dominanţa preocupărilor noastre medicale, fără a putea fi ignorate sau omise cele ce sînt relaţionate psihopatologic şi victimologic. Instabilitatea lumii noastre se proectează în relaţiile şi conduitele umane în răsturnările politice,juridice, socio-economice ale oamenilor, la condiţia morală de precare coeziune (3,7).

In milenara elaborare a creerului nostru s-au instituit formele de comunicare directă prin intermediul grupelor mici sau extinse, după cum s-au constituit colectivităţi prin relaţii directe sau mediate, iar în prezent comunicarea şi informarea devine accesibilă şi extinsă. Comprehensiunea şi alteritatea coparticipării umane însă se clivează şi atomizează insingurarea personalităţii, cu dislocarea unor modele arhetipale alienate.Urbanizarea şi supradimensionarea sa, inegalitatea intervenţiilor

tehnice şi a exploatării unor noi relaţii post industriale sau condiţia tehnotronică marchează inegalabile contraste şi mari mutaţii dintre nivele de conduită, aspiraţii şi ritmuri de viaţă. Se fac în continuare constatări şi relaţii despre habitatul urban şi bolile mentale, despre zonele expuse unor riscuri patogene extrem de diferite de la o zonă geografică la alta, aglomerări prin migraţie internă ce aparţine unor alte habitudini.Mai deosebită apare migraţia din alte zone cu diferenţe confesionale sau de altă natură.Aglomerarea deja cunoscută unor zone urbane este din ce în ce mai solicitată de migraţie economică,confesională sau etnică, cu maladaptări şi conflicte, cu dezadaptări şi insingurarea personalităţii.Stările depresive, reacţiile delirante, nevrozele, alcoolismul şi în general narcomaniile,delincvenţa juvenilă, tulburările de comportament, agresivitatea, criminalitatea, divorţialitatea şi conjugopatiile, toate confluiază în perturbarea stării de sănătate mentală şi a ritmului contorsionat de existenţele vieţii (4,10).

Prezentarea noastră exaustivă nu-şi propune analiza detaliată a acestor aspecte şi dezvăluie doar sursele,consecinţele medicale ale unor patologii psihocomportamentale clinice şi relaţionale. Apar însă şi alte aspecte constative fără consecinţe de calamitare brutală a condiţiilor noastre de viaţă.

Procesele demografice deţin intervenţii relativ imediate sau previzibile în dinamica comportamentală a unor populaţii.Nu le putem nici cuprinde şi nici nu le putem analiza pe toate.Familia restrînsă deţine aspecte relativ caracteristice pentru personalitatea psihocomportamentală şi socială a copilului deseori unic.Sansa de viaţă a fost întotdeauna mai mare în familiile numerice, iar copilul unic şi relaţia sa familială deseori a fost considerată o anxioasă înfruntare de riscuri în dezvoltarea şi afirmarea personalităţii infanto-juvenile.Restrîngerea limitată a grupului familial, absorbţia mamei în prestaţia profesională, pragmatizarea precoce a dezvoltării copilului cu întîrzierea maturizării unor conduite şi atitudini în adolescenţă, contribuie alături de alte caracteristici actuale, la profilul psihocomportamental demografic. Se accentuiază divergenţele pînă la conflict a raporturilor dintre generaţii, a căror diferenţe se diminuă,ca şi tendinţa de segregare a persoanelor în vîrstele înaintate,ce contribuie la o evidentă scădere a coeziunii socio-umane, cu dezafectarea unor înţelegeri, de intoleranţă şi exacerbare egofilă

ca o introducere în calea conflictelor şi a violenţei.

Reflecţii şi anticipări

Relaţiile umane, supuse unor mutaţii alerte asupra evenimentelor ce proiectează mecanisme extrem de complexe, biomedicale, atitudinale şi socio-comportamentale sînt poate greu de anticipat, dar la gradul nostru de semnalare şi înţelegere aparţin prevederii şi evitării previzibile pentru promovarea viabilă a existenţei şi naturii noastre.

Înţelegerea lor poate oferi un prilej de sobră meditaţie la o angajantă responsabilitate morală faţă de tot ce poate semnifica condiţia umană şi proecţia duratei sale de afirmare.

Creativitatea omenească dispune de performante posibilităţi şi valori umanitare ce pot promova dreptul de sine şi al celorlalţi faţă de poate nerepetabilele şi mereu schimbătoarele condiţii ale naturii şi vieţii noastre.

Aceste condiţii şi relaţii pot fi cu siguranţă diferite, dar şi alternative de respect tolerant faţă de îndreptăţitele aspiraţii valorice ce aparţin traectoriei proprii ale fiecărei persoane, ale personalităţii şi comuniunii sale. Ele pot susţine în integrală măsură contribuţia şi participarea la promovarea lumii noastre de a fi, a se afirma şi de a progresa.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Buikbnisen W., Mednick S.(edit.): Explaining Criminal Behaviour. Interdisciplinary Approoches. Edit. E.J. Brill, NY., 1988.
2. Dabrowski S., Jaroszynski J., Puzynski S.(red.) Psychiatria, vol. 3, PZWL, Wars 1989.
3. Daix P.: Ce que je sais du XXe stiècle. Edit. Calman-Lévy - Paris, 1985.
4. Freedman A.M. - Conceptualizing Behaviour: Developing new Aproaches. Psych. Fenica 1991, 22, 11-22.
5. Lader M.: La psychiatrie et les événements de la vie: mécanism biologique et sociaux. Triangle (Sandoz) 1991, 31, 1, 3 - 1o.
6. Pirozynski T., (red.): Patologia agresivităţii intrafamiliale Rev. Med. Chir. Iaşi (supl.) 1991.

7. Pirozynski T., Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relațională. Rev.Med.Chir.Iași (supl.)1989.

8. Podgorecki A.(red.): Zagadnienia patologiei społecznej. P.W.L. Wars.1979.

9. Sivadon P., Duron Jeanne: La santé mentale. Edit.Privat. Toulouse,1979.

10. Wolf M.E., Mosrain A.D.: Postraumatic Stress Disorders-Etiology Phenomenology and Treatment. Amer, Psychiatrie Press, Wash. DC.1990.

Cuvinte cheie:

Devianta

Conduite agresive

Probabilitatea nu e trăită ca stare, ci ca o dimensiune și o promisiune de certitudine, ca o unificantă sinteză între hazard și necesar.

Pentru cunoașterea naturii umane, conceptul de probabilitate devine o realitate decupată în posibil și experimental.

EDUARD PAMFIL

CITEVA ASPECTE ALE PSIHOPATOLOGIEI RELATIONALE PRIVIND SURSELE POTENTIALE ALE CONDUITELOR AGRESIVE

PROF.DR.TADEUSZ PIROŻYŃSKI

Analiza şi cunoaşterea relaţiilor comportamentale, a surselor lor individuale şi de grup deţine motivaţii întotdeauna diferite şi distincte a căror reacţie şi acţiuni semnalează raporturi umane cu multiple implicaţii psihopatologice.Unele concepte generale, fără a deţine o iniţială semnificaţie biomedicală confluiază multimodal spre problematica actuală a psihiatriei şi dau sens unor perspective şi alternative la asistenţa şi reabilitarea unor riscuri ce aparţin stării de sănătate mentală. Înţelegerea unor aspecte implicate în psihopatologia relaţională contribuie în mod necesar la clarificarea conceptuală a unor motivaţii la care contribuie diversitatea condiţiilor ce enunţă particularităţile dinamice ale conduitelor agresive în lumea noastră actuală.

Alienaţia mentală, după cum se ştie, deţine în psihiatrie o semnificaţie bine cunoscută. Ea enunţă o tulburare mentală pasageră sau permanentă care stabileşte o înstrăinare faţă de sine şi societate, faţă de care o persoană este incapabilă de a se conduce pe sine însăşi, cît şi pe alţii.In trecut medicii ce se consacrau studiului şi tratamentului bolilor în domeniul patologiei mentale au fost numiţi medici alienişti, dar termenul de „alienaţie" nu a dispărut şi păstrează în continuare o înţelegere restrictivă şi particulară, judiciară, administrativă şi deseori într-o conotaţie de psihiatrie judiciară.

Alienaţia mentală a fost o denumire generală, dată tuturor bolilor mentale şi continuă să fie înţeleasă şi în prezent într-un mod limitat, faţă de toate tulburările psihice care plasează o persoană în imposibilitatea lor de a duce o viaţă şi o relaţie firească. Această destructurare a eului a semnificat o nebunie inconştientă de ea însăşi, închisă în propriul său univers informaţional, ce se confundă cu aceasta şi nu poate fi judecat obiectiv.

Alienaţia sau înstrăinarea, la originea sa termenul de „alienaţie" sau înstrăinare a aparţinut limbajului juridic şi semnifica cedarea, deţinerea sau vînzarea a ceea ce se posedă cu titlul de proprietate.La precizarea termenului juri-

dic, de înstrăinare, sau la cea medicală de alienaţie mentală, distingem conceptul sociologic de alienaţie, concept de largă extindere şi utilizare teoretică operantă.

Folosirea sa actuală aparţine iniţial lucrărilor lui Karl Marx (Manuscrise economice şi filosofice - 1844) prin care produsul muncii, independent de producător încetează de a-i aparţine şi devine de fapt o înstrăinare. Alienaţia în acest sens a fost însuşită şi redusă de om la un sistem de producţie şi mod valoric de existenţă.

In istoria anilor din secolul nostru, alienaţia ocupă un loc important în gîndirea sociologică, cu multiple referinţe la sursele unor destabilizări şi conflicte ce deţin potenţiale riscuri, adversităţi şi violenţe ce devalorizează condiţia morală şi de viaţă a stării de sănătate a populaţiei. Primele observaţii care au generalizat noţiunea de alienaţie sînt atribuite produsului şi repartiţiei muncii, a precarităţii şi inegalităţii unor condiţii de viaţă, dar care au difuzat apoi la generalizarea aproape a tuturor frustraţiilor şi conflictelor din interrelaţiile umane şi de grup.

Sociologia americană a extins acest concept la situaţii diferite şi la toţi cei a căror activitate şi relaţii în viaţa cotidiană au pierdut sensul şi semnificaţia participării lor la aceasta. Noţiunea de alienare a devenit un factor unificator al problematicelor sociale de actualitate şi atribuit de cercetare al ştiinţelor sociale.

Cercetarea medicală, de psihiatrie, dar şi referinţele de ordin empiric s-au raportat la sentimentul de alienare al condiţiei umane faţă de societate, la rapiditatea mutaţiilor sale, la relaţiile extrem de complexe ale structurilor şi organismelor sale de funcţionare. Numeroşi factori destabilizatori s-au raportat la ritmul de dezvoltare permanentă a tehnologiei şi a urbanizării, cît şi la profilul uman individual destabilizat şi al comunicării interpersonale şi comunitare. Toată această factorialitate analizată, cu implicaţiile sale medicale relaţionale şi psihocomportamentale a extins şi fundamentat actuala dezvoltare a psihiatriei sociale, cercetările de ştiinţe sociale şi conceptul de sănătate mentală.

In orientările antipsihiatriei formele de alienare s-au exprimat prin atitudini radicale, privind socializarea familiei

în condiţia personalităţii şi persoanei,întrucît familia este considerată o microsocietate care participă la ideologia societăţii şi care deci ar impune prin aceasta condiţia unei ideologii.

Aceste atitudini amplificate încă şi de alte ordonate complexe au promovat pînă la prozelitism contaminant neconformismul, contestarea valorică, violenţa, singularizările anomice.

Disfuncţionarea gravă sau structurală a unui sistem social implică însă pentru cercetător o atentă şi corectă apreciere, stabilirea unor itemi ce exprimă referinţe şi modele multidimensionale pentru a putea evita erorile subiective sau chiar greşelile de interpretare cînd ne raportăm la o formă de diagnostic psihocomportamental al unei persoane, la relaţiile de grup sau la cele care privesc o colectivitate.Astfel simpla integrare sau apartenenţă la aspecte şi atitudini diferite, opţiuni subiectiv motivate şi neconforme unor obişnuinţe sau alte situaţii precizate în acest fel, nu pot îndreptăţi şi cu uşurimţă generaliza, noţiunea de apreciere şi operanţa de diagnostic atribuit sensului de alienaţie.

Identificarea diferită a unui sistem de valori culturale, unele particularităţi individuale sau condiţii existenţiale stabilite şi motivate, pot aparţine capacităţii psihice sau a discernămîntului unei persoane şi a modului său de acţiune în contextul critic al sistemului său valoric şi normativ.Noţiunea de alienaţie cuprinde şi se referă la cîteva din aspectele analizate şi la toate din acestea se implică, în cazul psihiatriei, competenţa medicală, comprehensiunea şi o necesară şi precizată diferenţiere.Analiza conduitelor agresive serveşte în acest sens şi motivaţiilor ce le implică.

Anomia este un concept de referinţă şi utilizare în psihiatrie.La fel cum a fost arătată şi noţiunea de alienaţie, este şi cea numită „anomie",noţiune în egală măsură implicată în definirea unor motivaţii ale conduitelor agresive.Termenul a fost folosit de E.Durkheim (4) şi etimologic semnifică „absenţa normelor" (a-nomos,fără lege). Radcliffe-Brown (12) a formulat obiecţii faţă de termenul de anomie, întrucît extinderea unor absenţe a normelor ar fi în afara tuturor sistemelor valorice.In acest fel el consideră mai util şi explicit

termenul de „disnomie" ca o disfuncţie a unui sistem de norme care întotdeauna sînt prezente. Termenul de „disnomie" a fost folosit şi în antichitate, în filozofie şi în medicină,în epoca presocratică, de Alemeon prin care acesta a denumit un dezechilibru al forţelor ce exprimă o stare de boală, în opoziţie cu cea de sănătate. E.Durkheim (4) în lucrarea sa asupra suicidului, a folosit termenul de „anomie" într-o perspectivă sociologică şi psihologică, prin care persoana umană nu se poate realiza la un echilibru psihic decît printr-un sistem de norme sociale însuşite de ea însăşi.In acest sistem biodimensional, sociologic şi psihic, dezorganizarea comportamentului devine gravă, cu o semnificaţie amplă în motivaţia suicidului şi cu semnificaţia existenţială mai generală ca reacţii şi atitudini.

Robert Merton,(9) care a susţinut şi dezvoltat conceptul de „anomie", defineşte prin aceasta conflictul dintre scopurile culturale şi utilizarea mijloacelor instituţionale ce serveşte personalităţii umane şi condiţiei sale sociale.

Talcott Parsons (10) în egală măsură defineşte „anomia" ca o stare în care se plasează un număr mare de persoane, cărora le lipseşte într-o mare măsură un model instituţional stabil şi tipul de integrare necesar stabilităţii personale şi funcţionării lor utile sistemului social.Totuşi, s-a considerat, după C.Tullero-Alton,(13) un anumit nivel de „anomie" însoţeşte în mod necesar toate formele sistemului social,personal şi cultural şi el nu poate niciodată deţine o coerenţă absolută între sisteme şi situaţia sa. Cînd se depăşeşte însă un nivel normal faţă de limitele sale funcţionale, în care el nu mai este o forţă de stimul la o dinamică culturală, atunci el termină prin a deveni un element de dezintegrare al ansamblului dintre cele trei sisteme (social,personal,cultural) ale situaţiilor ce-l caracterizează.

Din punct de vedere individual anomia exprimă o stare psihopatologică caracterizată de insecuritate generală asociată şi comună unor crize de angoasă şi agresivitate.

Anomia prin stările sale de tensiune este implicată în conflictul moral, alienaţie şi pierderea sensului vieţii, ca aspect durabil în problematica socială contemporană.Ceea ce este numit desrădăcinarea unei persoane sau grup de mediul său

social, cu pierderea sistemului său de valori şi inadaptare exprimă un evident risc şi potenţial discomportamental.

Psihopatologia relaţională cuprinde şi se referă la concepte cum sînt cele de psihologie, de sociologie sau alte discipline ce converg la studiul şi cercetarea riscurilor ce perturbă starea de sănătate mentală a unei persoane şi a condiţiei sale existenţiale (11).

Etnopsihiatria în această dimensiune a psihiatriei contemporane se referă şi la concepte, în egală măsură folositoare explorării şi motivaţiilor individuale, cît şi celor relaţionate de conduitele agresive.

Etnopsihiatria este folosită şi în termene de psihiatrie transculturală sau de antropologie psihiatrică (2).

In lumea noastră contemporană şi îndeosebi în cursul mutaţiilor ei nu este posibil ca în demersul psihiatriei să nu operăm cu particularităţile şi condiţia subiectivă şi fizică ale personalităţii umane, ale ansamblului ei de valori şi aspiraţii comune.

Sursele istorice ale unor asemeni observaţii şi preocupări aparţin încă antichităţii din lumea greacă, cuprinse de exemplu în corpul hipocratic sub denumirea de „boala sciţilor" şi au fost descrise prin tulburări de virilizare ale femeilor şi travestism.

Inceputul etnopsihiatriei poate fi atribuit lui E.Kraepelin (7) care publica în 1904 contribuţia sa asupra psihiatriei comparate. De asemeni sînt numeroase şi ample din ultimele decenii contribuţiile aduse cercetărilor de antropologie culturală ca şi a cercetărilor făcute la noi de către psihologi, sociologi şi psihiatri, asupra unor studii teoretice şi de teorie generală, cît şi a unor contribuţii descriptive şi clinice. Unele opţiuni privesc etnopsihiatria sub un raport etnologic, altele dezvoltă punctul de vedere al ştiinţelor sociale şi al dimensiunii culturale, după cum este cercetată şi particularitatea comparată sub raport biologic al unor populaţii şi a dezvoltării umane. O aceeaşi referire asupra preocupărilor noastre priveşte şi cercetarea conduitelor agresive şi nu putem omite, cu disponibilitate firească şi critică, acest important adaus de contribuţii care a fost prezentat în mod deosebit şi la unul din ultimele congrese mondiale de psihiatrie (Al 7-lea Congres mondial de psihiatrie de la Viena - 1983).

Scanned with OKEN Scanner

Printre alte aspecte ne atrage atenţia importanţa cercetării şi studiului acordat etnothonatologiei, al morţii şi al funerariilor, ca o concepţie despre viaţă şi a atitudinii istorice, socio-culturale şi psihobiologice asupra morţii şi a condiţiei umane (3,5,8).

Printre aspectele <u>teoretice</u> şi <u>generale</u> ale etnopsihiatriei putem enumera:

- Problema relativismului cultural, sau stabilirea unor eventuale tulburări psihice ce pot fi firești unui alt mediu de viaţă şi relaţii sociocomportamentale.Se cercetează particularităţile comune şi atitudinale ale unui grup sau populaţie, ca şi diferenţele semnificative ca risc al stării de sănătate generală şi mentală.

- Tulburări şi sindroame psihice ce aparţin unui specific cultural, modelul lor simptomatic, deşi procesul fundamental şi general al bolii mentale rămîne identic.Sînt excluse din această categorie afecţiunile organice, toxiinfecţioase ce deţin un caracter specific şi regional.

- Aspecte şi particularităţi clinice ale bolilor mentale în raport de obiceiuri, convingeri sau superstiţii, atitudinea sau participarea sa la ritualuri, sau chiar convingeri magice.

- Diferenţierea unor boli mentale în interiorul unui grup etnic în raport de sex, mediu urban, mediu rural, grup marginal sau chiar izolat.

- Problema unor factori culturali patogeni ce aparţin de exemplu unei modalităţi geografice, schimbări culturale, conflicte sau izolări sociale sau dezintegrări socio-culturale.

- Interacţiuni bio-culturale în cazul unor boli mentale privind durata medie a vieţii, traumatismele psihice,schimbările socio-economice rapide, trecerea bruscă de la un nivel de dezvoltare la o relaţie tehnicizată şi mecanizată.

<u>Etnopsihiatria descriptivă şi clinică</u> cuprinde boli psihice individuale şi conduite subliminare şi atrage atenţia asupra unor particularităţi cunoscute sau identificabile.Astfel sînt:

- cerebropatiile infecţioase şi parazitare, de natură virală şi cu evoluţie anatomico-degenerativă;
- intoxicaţiile exogene prin stupefiante sau cu efect euforizant, prin ceremonii religioase şi sociale, cu răspuns biologic toxicotrop;

- diverse intoxicaţii sau otrăvuri cu un tablou clinic psihiatric;
- psihoze confuzionale somatogene acute sau aspecte clinice extrem de diverse de psihoze cronice schizofrenice şi psihoze endogene de exprimare disforică.

Ne raportăm astfel şi la alte aspecte ce pot fi întîlnite în contact cu alte grupuri de populaţii şi care par a se deosebi prin manifestările lor clinice.

- Bufee delirante reactive, ca expresie a unei maladaptări la coordonatele culturii şi obiceiurile aceleaşi populaţii. Diferite conduite agresive, aberante, cu particularităţi psihologice, faţă de relaţii psihocomportamentale faţă de o populaţie autohtonă, diferită deseori de ritualuri, obiceiuri şi credinţe ce nu le sînt cunoscute.
- Episoade cu violentă epuizare faptică homicidară şi cu motivaţie diferită şi arhetipală, sau morţi psihogene, cu expresie autolitică rapidă, uneori lentă, prin restricţii culpabilizante.
- Nu ne sînt cu totul străine sau singulare manifestările nevrotice sau psihozele induse colectiv, formele isterice demonopate, nevrozele colective de şoc, manifestările autolitice contaminante, manifestările criminogene colective şi desigur nu putem omite contaminările de segregare rasială,etnică,religioasă, ideologice şi totalitare.

Psihopatologia relaţională devine astfel de actualitate umană fiind una din dimensiunile psihiatriei contemporane.Ea se adresează în mod special studiului, cercetării şi modalităţilor de asistenţă ale conduitelor agresive şi ale surselor sau implicaţiilor sale socioculturale şi biomedicale.

Violenţa este cercetată ca fenomen individual, de grup şi chiar de dimensiuni sociale ce aparţin studiului unor numeroase discipline biologice, sociale, medicale cu referinţe juridice şi etnice. Referinţele noastre pot doar aparţine competenţelor de psihiatrie, dar sursele şi proiecţia lor comportamentală, ca şi limitele şi particularităţile psihopatologice, implică prin extensiune, sistemul de reglementări normative şi naturale condiţiei umane cît şi cadrului ei istoric şi sociocultural. Aceste referinţe aparţin constatărilor şi implicaţiilor lor actuale, a existenţei unui mod deschis de înţelegere

şi receptivitate critică, responsabilă şi meditativă. Ele pot aparţine unui model valoric ce se schimbă la constante psiho şi sociocomportamentale alerte, la clivajul unor tradiţii şi mitificarea exacerbată a altora, la reacţii cu surse latente sau la dominante exclusivist pragmatice şi egocentriste.

Din etapele hominizării sale reacţiile gregare şi de protecţie s-au exprimat prin apărare şi violenţa faţă de un teritoriu natural de vieţuire, s-au organizat socialmente şi au elaborat un cod moral, erarhic şi o solidaritate de intercomunicare la dimensiunea grupului ce-i aparţine ca liant al conştiinţei sale de existenţă umană.

Din acest cadru uman natural se pot recurge la erarhii deviante hiperautoritare şi cu alte coduri morale, cu solidarităţi de grup induse, contaminate şi anomice, ce dezvoltă particularităţi psihopatologice relaţionate de riscuri patogene. Mecanismele şi resursele sale sînt diferite, enumerarea lor faptică aspiră în acest sens la o criteriologie şi conştiinţă morală ce aparţine psihiatriei noastre actuale (6,13).

In concluzie, prin aceste cîteva aspecte ale psihopatologiei relaţionale am oferit prilejul clarificării unor opţiuni critice şi ale semnificaţiilor lor privind unele concepte actuale, psihologice, socio-culturale sau antropoculturale. Ele pot servi un suport de orientare şi reflexie asupra conduitelor agresive şi sensului agresivităţii în lumea noastră contemporană.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Bastide R.: Sociologie des maladies mentales. Edit. Flammarion, Paris, 1965
2. Devereux C.: Essais d'ethno-psychiatrie générale. Edit. Gallimard, Paris, 1970
3. Disertori B., Piazza Marcella: La psychiatrie Sociale. Edit. E.S.F. Paris, 1975
4. Durkheim E.: Le suicide, étude sociologique, Edit. Alcan, Paris, 1897
5. Ellenberger H.F.: The Discovery and the Encoascious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry — Basic Books, N.Y. 1970.

Scanned with OKEN Scanner

6. Le Bon Gustave Psychologie des foules.Edit.F.Alcon,Paris, 1937
7. Kraepelin E. Psychiatrie (VIII Anfl.) edit.Barth,Leipzig, 1905
8. Mead M.: Some Relationships between Social Antropology and Psychiatry in Dynamic Psychiatry.Edit.University of Chicago 1952.
9. Merton R.K.: Social Theory and Social Structure - The Free Press of Glencol, Chicago,1968
10. Persons T.: Social Structure and Personality,Free Press of glencoe, Chicago 1975.
11. Pirozynski T., Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relațională.Edit.Soc.Med.Nat.1989 Iași
12. Radcliffe,Brown A.R.: Structure and.Fonction in Primitive Societe - Edit.Cohen-West,London 1963.
13. Tullio-Altan C.: Antropologia fuzionale.Edit.Bompiani, Milano 1968.

Cuvinte cheie:

- Conduite agresive
- Potențialitate agresivă

Sănătatea „păzită" și ocrotită de psihiatru (sănătatea mintală) este mai complicată decît cea din restul medicinei. Sănătatea psihică reprezintă adecvarea continuă a funcțiilor mintale, plasarea optimă a insului uman în lumea sa de înțelegere, comunicare și relații.

EDUARD PAMFIL

PARTICULARITATI ALE UNOR INTERRELATII ACTUALE IN ASISTENTA DE PSIHIATRIE

C.POSTELNICU, V.HRIMIUC

Consideraţii asupra unor particularităţi legate de agresivitatea relaţională

In privinţa genezei şi naturii bolilor psihice, psihiatria contemporană oscilează şi va mai oscila încă multă vreme între concepţiile organiciste şi cele interrelaţionale (micro- şi macro- sociologice). In prezent practica psihiatrică rămîne încă ambivalentă în fundamentele ei, chiar dacă ar ţine seama la tot pasul de „faptul social total", apreciat de unii a fi singurul în măsură să ofere semnificaţii corecte bolii psihice şi fenomenului de devianţă din societatea contemporană (10). O asemenea situaţie reiese în mod evident mai ales atunci cînd este pusă în discuţie problematica asistenţei de specialitate a manifestărilor agresive întîlnite la persoanele cu tulburări psihice (6,7).

Apreciind agresivitatea ca o permanenţă a existenţei umane, un fundament organo-biologic impus de mecanismele de adaptare ale fiinţei umane, este necesar să recunoaştem în egală măsură că ea se însoţeşte adeseori şi de manifestări patologice care interesează în mod direct şi angajant ştiinţele medicale în general, iar psihiatria în special (2,6,7).

Manifestări agresive de diferite intensităţi şi semnificaţii sociale există atît în comportamentul persoanelor etichetate a fi normale din punct de vedere psihic, cît şi a celor la care se obiectivează tulburări psihice cu semnificaţie clinică psihiatrica. Tendinţele existente tot mai vădit în societatea contemporană de a se psihiatriza destul de frecvent, iar uneori de o factură excesivă, anumite manifestări comportamentale umane, au făcut şi fac ca tot mai mulţi psihiatri clinicieni să-şi pună tot mai frecvent problema limitelor competenţei şi angajării lor profesionale în acest domeniu, cît şi consecinţele care rezultă din această implicare (14).

Realităţi puţin cunoscute ale psihiatriei în relaţiile actuale.

Pentru psihiatrul clinician contemporan socotim în prezent indicat şi chiar necesar să opereze o distincţie delimitantă în problematice agresivităţii, concepută ca obiect şi domeniu de

studiu de resortul cercetării fundamentale a diverse discipline antropologice şi medicale, comparativ cu fenomenul de agresivitate - manifestare clinică, predominant individuală, interesînd asistenţa medico-psihiatrică instituţională şi comunitară (2,6, 7,14).

In actualele noastre condiţii de mentalitate colectivă şi individuală, manifestările agresive la nivel individual sau de microgrupuri reţin un număr relativ restrîns de subiecţi,dar sînt tot mai frecvent percepute în mai toate mediile ca fenomene disfuncţionale de o mare pregnanţă socială.Datorită frecvenţei şi priceperi, ele sînt în curs de a deveni o problemă de permanentă actualitate şi de evidentă importanţă practică.In viaţa de toate zilele rezolvarea problematicii asistenţei acestor manifestări angrenează factori diverşi printre care semnalăm ca fiind deosebit de importanţi - opinia publică, mijloacele de informare în masă, diverse organisme de influenţă şi protecţie comunitară.Legat de această problemă un aport substanţial îşi dovedesc a mai avea organele administraţiei de stat,biserica, învăţămîntul,diverse organizaţii obşteşti ca şi evoluţia mentalităţii populaţiei privind starea de sănătate mintală şi raporturile ei cu diverşi factori instituţionali de asistenţă (5,9, 14).

Din cauza acestei multitudini de factori, cît şi complexităţii manifestărilor agresive sus-amintite,psihiatrii actuali se văd obligaţi a admite că, nu au un statut şi rol explicit recunoscut în acest domeniu,decît atunci cînd subiecţii cu tulburări psihice ajung să dobîndească un statut confirmat ca bolnavi psihici într-un cadru cît mai oficializat posibil(6,14).

Semnificaţii medico-relaţionale în manifestările agresive

Semnalăm unele manifestări agresive ce se pot însoţi de acte cu evidente implicaţii antisociale, sancţionabile sau nu în report de aprecieri adecvate prin mijloace de influenţare de factură juridică,administrativă,pedagogică,morală.Alteori asemenea manifestări au implicaţii şi consecinţe într-atît de minore,încît adeseori devin tolerabile la mai toate nivelele de interrelaţii umane, cît şi în diferite şi variate grupuri comunitare.O asemenea varietate de situaţii şi implicaţii este de natură să îngreuneze şi mai mult sarcina psihiatrului clinician în asumarea de responsabilităţi în activităţile de combatere a agresivităţii la subiecţii cu asemenea manifestări (1,3,4).

In asistenţa subiecţilor cu tulburări psihice şi manifestări agresive un aspect relativ puţin studiat şi luat în seamă este cel al aspectelor relaţionale şi culturale ale agresivităţii existentă la o anumită etapă de dezvoltare şi de patternuri comportamentale,cît şi de existenţa unor anumite realităţi de factura cultural-educaţională (4).

O situaţie asemănătoare a existat şi mai există încă şi în abordarea medicală legată de interrelaţiile medic (în special psihiatru) şi pacient, cu sau fără tulburări psihice însoţite de manifestări agresive implicite.

Agresivitatea este de fapt un fenomen complex, cu aspecte evolutive variate şi multiple în manifestările sale legate de factori diacronici cît şi sincronici,situaţii care interesează atît socio- cît şi etnopsihiatria,dar mai ales psihiatria transculturală (1,3,4).

Aspectele semnalate mai sus prezintă un interes particular în situaţia acelor relaţii de viaţă care într-o anumită etapă istorică, de regulă de scurtă durată, au cunoscut în evoluţia lor şi modificări semnificative,uneori chiar radicale ale normelor de comportament social, cît şi a unor aspecte ale interrelaţiilor dintre indivizi, ca şi celor dintre pacienţi şi medici. O asemenea situaţie se întîlneşte şi în prezent iar în ultimul secol ea a cunoscut o multitudine de modificări cu schimbări uneori de factură radicală,ale unor sisteme tradiţionale de valori,implicînd chiar şi relaţiile pacient-medic (6,9,1o).O asemenea realitate a creat posibilitatea ca psihiatrii,printre care şi autorii acestui articol, să poată observa şi studia actualitatea unor variaţii ale formelor de agresivitate la subiecţi cu tulburări psihice într-un context variabil de interrelaţii morale - culturale sau economice în mai multe tipuri de conduite comportamentale. Posibilităţile apărute în ultimii ani în cadrul activităţii psihiatrilor de a aborda problematica actuală a agresivităţii a devenit o temă ce poate constitui obiectul unor preocupări atît de ordin ştiinţific,cît şi de factură practică, de caracter multi-şi interdisciplinar (7).

Psihiatria - obiect de polarizare a agresivităţii

Unul din aspectele pe care încep a-l observa psihiatrii şi la noi, apare în patologia medico-psihiatrică ca fiind însoţită şi de manifestări agresive datorate apariţiei şi implicării medicului, şi în special a psihiatrului, în calitate de obiect al

manifestărilor agresive atît din partea persoanelor cu tulburări psihice cît şi uneori chiar al aparţinătorilor acestora.Agresivitatea se deplasează în asemenea cazuri de la o relaţie între indivizi la o relaţie privind un anumit corp profesional.Mai mult, medici din acelaşi context devin obiectul şi subiectul unor servituţi profesionale faţă de care nu putem rămîne indiferenţi şi cărora este necesar a le aduce la cunoştinţă anumite competenţe profesionale (1,2,3).

Astfel persoana psihiatrului este o prezenţă destul de frecventă, ca victimă a unor jocuri care sînt departe de a promova o moralitate necesară combaterii agresivităţii bolnavului psihic.O asemenea situaţie este de natură de a complica şi mai mult problematica şi aşa dificilă şi complexă a combaterii agresivităţii persoanelor cu tulburări psihice.

Tipuri de manifestări agresive în practica asistenţei psihiatrice

Situaţia interrelaţiilor generale la nivelul asistenţei medicale, asistenţei psihiatrice de ambulator şi spital, cît şi în diverse forme de prestaţii de psihiatrie,la persoanele cu tulburări psihice se pot sistematiza în următoarele tipuri de manifestări agresive:

1. Manifestări aparent întîmplătoare.Survin de regulă în anumite interrelaţii extrainstiruţionale fără a prezenta o condiţionare evidentă de tip cauză - efect din partea unor factori cu acţiune vădit directă.Sînt în realitate consecinţe unor comportamente imposibil de controlat pe plan volitiv datorită evoluţiei de factură psihotică a acestor cazuri (14).

2.Manifestări cu răspuns direct la acţiuni de factură agresivă din partea altor persoane.Asemenea acte apar la majoritatea subiecţilor sub formă de „contraagresiuni" adică de măsuri aparent îndreptăţite de apărare faţă de activităţile de prejudiciare a integrităţii fizice şi social-morale a persoanelor în cauză. Uneori ele îmbracă un aspect de răspuns exagerat,demesurat, cu consecinţe imprevizibile şi implicaţii consecutive medico-legală. In realităţile cotidiene actuale ale asistenţei psihiatrice de ambulator, asemenea situaţii pot să apară destul de frecvent ca episoade discomportamentale banale şi numai în mod excepţional ca evenimente cu implicaţii judiciare.Existenţa lor nu poate fi negată nici în condiţiile vieţii de toate zilele din instituţiile de asistenţă psihiatrică (6,7,9o,1o,11).

3. Manifestări avînd un caracter evident premeditat. Survin în marea majoritate a cazurilor la persoane cu tulburări psihice la interferenţă cu normalitatea (tulburări nevrotice, tulburări de personalitate, intelecte de limită), mai rar în sindroame sau stări postprocesuale cu defecte psihocomportamentale, psihosindroame organice cronice cerebrale, sau psihosindroame involutive. De regulă ele pot surveni prin diferite limite ale capacităţii psihice la examinări medico-legale psihiatrice în raport de gravitate şi prejudiciul adus (11,14).

4. Manifestări evident patologice. Apar de cele mai multe ori în suferinţe psihice de caracter psihotic, aparent fără o motivaţie previzibilă, adeseori ca raptusuri agresive sau cu o motivaţie aberantă proprie tulburărilor psihotice. In situaţiile cu implicaţii medico-legale sînt mai totdeauna exonorate de răspundere, dar cu măsuri de asistenţă psihiatrică potrivit prevederilor legale şi ale drepturilor fiecărei persoane (11,14).

<u>Agresivitatea mascată - realitate ignorată a asistenţei psihiatrice actuale</u>.

In afara manifestărilor agresive sus-menţionate, mai mult sau mai puţin frecvent întîlnite în practica psihiatrică semnalăm prezenţa unor forme de manifestări particulare de agresivitate, mai ales în interrelaţiile medic-pacient. In mod cu totul convenţional, în lipsa unui termen mai adecvat sau încetăţenit în limbajul psihiatric contemporan apare şi termenul „de agresivitate mascată".

In observaţiile noastre rezultă şi forme de agresivitate ce se întîlnesc îndeosebi la persoane cu tulburări psihice la interferenţă cu normalitatea, de cele mai multe ori aflate în situaţii de impact existenţial, la indivizi cu ecidente dificultăţi de adaptare şi integrare socio-profesională şi cu o polarizare manifestă şi insistentă de rezolvare în afara şi prin intermediul serviciilor medico-psihiatrice. Asemenea persoane, aflate de regulă în situaţii de dificultate sau existenţiale cu diferite implicaţii de divers ordin îi apreciază pe medici în general, iar pe psihiatri în special, ca fiind instrumentele influenţabile sau de insistenţă şi presiune, care le-ar putea rezolva de o factură directă, comodă şi licită deziderateie lor. Persoanele din această categorie nu percep adeseori criteriile etico-profesionale ale medicilor şi psihiatrilor şi consideră ca rezolvare a deziderateior lor, ca o atitudine de lipsă de

înţelegere, insensibilitate psihoemoţională sau uneori chiar ipocrizie,duplicitate sau incompetenţă.

Tactica atitudinală a unor medici şi psihiatri de a nu devia de la condiţia medicală este etichetată ca o modalitate de a pregăti terenul pentru caluziuni şi transgresiuni ilicite de la normele de acordare a asistenţei medicale.Etichetele susamintite,în majoritatea cazurilor fără nici un fel de substrat faptic,sînt de regulă proferate şi adresate de o factură directă şi manifestă celor vizaţi, numai în mod cu totul excepţional. Ele nu rareori sînt colportate cu abilitate în mediile,informale, iar uneori sînt prezentate chiar anumitor autorităţi ca o încălcare flagrantă a drepturilor lor.Asemenea manifestări de potenţial şi agresivitate mascată, cu o polarizare evident antiiatristă, îmbracă în observaţiile noastre o coloratură particulară, legată îndeosebi de contextul perioadei actuale de timp cu destabilizări ale valorilor materiale şi morale.

In observaţiile noastre efectuate ele se prezintă îndeosebi sub forme de reclamaţii scrise şi verbale, adresate nu atît competenţelor profesionale şi legate de rezolvarea problemelor medico-sanitare ale populaţiei,cît mai ales unor instituţii administrative aflate înafara circuitului obişnuit,unanim acceptat al relaţiilor profesionale dintre pacienţi şi medici. Asemenea manifestări au găsit un teren favorabil de încurajare şi acţiune în practicile arbitrare de a ţine sub presiune categoriile profesionale ce implică prevenţia şi funcţionarea stării de sănătate a populaţiei.

Creşterea accesibilităţii populaţiei către mijloacele de informare mass-media,manifestările de factura celor sus-menţionate pot să inducă orientarea mijloacelor de comunicare fiind însoţite uneori de apariţia unor imagini defavorabile fiabilităţii moral-profesionale ale actului medical.

Atît prin frecvenţă cît şi implicaţii, o atenţie particulară comportă diversele aspecte de agresivitate mascată,dar şi directă legate de prestaţiile de sănătate şi ale capacităţii de funcţionare.Atari situaţii nu sînt legate numai de refugii în boală mai mult sau mai puţin exprimate, ci şi de reale situaţii de dificultăţi de încadrare profesională, de iminenţa pierderii unor statute profesionale prin şomaj sau apariţia de incapacităţi de angajare în activităţi potrivit calificării şi

Scanned with OKEN Scanner

disponibilităţilor psiho-fizice de muncă.

Agresivitatea mascată apare astfel cu precădere în cadrul unor prestaţii medico-psihiatrice,asigurate aproape în exclusivitate de organisme publice în cadrul unor atitudini rigide, de regulă fără implicarea unor alternative opţionale,atît pentru solicitanţi cît şi pentru ofertanţi.

Factorii de menţinere şi perpetuare, ba chiar de amplificare şi cultivare a agresivităţii mascate pot fi socotiţi:cadru rigid al interrelaţiilor medic şi pacient, insuficienta solicitudine şi competenţă medicală dar şi a opiniei publice faţă de drepturile legitime şi naturale cu posibilitatea unor alternative faţă de promovarea stării de sănătate morală şi mentală a populaţiei.

Observaţii actuale şi proiective

Analiza sine ira et studio, de-a lungul medicinii a problematicii interrelaţiilor medic-pacient constată caracterul lor permanent şi reciproc non congruent în promovarea sănătăţii mentale.Agresivitatea antiiatristă, şi mai recent antipsihiatrică, s-a manifestat mai totdeauna sub diverse forme,în registrul interrelaţiilor medic-pacient, prezentîndu-se într-un gradient axiologic variabil cu polarizări externe între zeificare şi blasfemizare.Fenomen legat în trecut îndeosebi de servituţiile incapacităţilor tehnice ale medicinei, agresivitatea capătă în prezent tot mai multe implicaţii şi conotaţii legate de deficienţe şi disfuncţionalităţi ale asistenţei medico-psihiatrice, de carenţele acesteia, ca şi de dubitabilul lor ascendent moral şi de competenţă asupra activităţilor lor extrem de complexe dar şi autentic medicale.

Combaterea manifestărilor de agresivitate în general,şi de agresivitate mascată în special, presupune nu numai existenţa unui cadru de opinii şi valori morale dar şi existenţa unui cadru interrelaţional pacient-medic îndeosebi în domeniul medicinii expertale, cu o criteriologie judicios elaborată în raport de diverse situaţii particulare.O modalitate de intervenţie ar putea fi posibilitatea pentru orice pacient sau aparţinătorii săi să apeleze la serviciile contractuale temporare ale unor specialişti alţii decît cei desemnaţi de serviciile de asistenţă publică sau din cadrul acestei funcţionări.De asemeni considerăm e fi oportună punerea în discuţie, ca în orice perioadă de timp şi în orice situaţie, pacientul să poată să-şi aleagă, pentru un anumit tip de prestaţie de sănătate, medicul său psihiatrul

pe care şi-l doreşte. In egală măsură şi în aceste condiţii susţinem şi corelaţia inversă ca medicii în general şi psihiatri în special, să aibă oricînd şi oriunde posibilitatea de a se desista faţă de anumite solicitări şi prestaţii pe care le consideră inadecvate, incompatibile, inacceptabile condiţiei lor profesionale şi existenţiale.

Realizarea acestor deziderate proiectează şi acceptarea de către opinia publică şi pacienţi înşăşi a unei criteriologii validată în domenii ce privesc şi aspectele numeroase ale vieţii şi afirmării valorice în societate, ale fiecărei persoane şi ale respectului său faţă de ceilalţi (6).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Bon Le G.: Psihologia maselor, Edit.Stiinţifică,Bucureşti, 1991
2. Culpa L.: Omul, valorile şi axiologia, Edit.Stiinţifică şi Enciclopedică,Bucureşti,1982
3. Gorgos C.: (sub red.):Agresivitatea in Dictionar enciclopedic de psihiatrie,vol.I.,Edit.Medicală,Bucureşti, 1987
4. Lombruso C.: Omul delicvent,Edit.Meiastra,Bucureşti,1992
5. Panzaru P.: Condiţia umană din perspectiva vieţii cotidiene. Cinci eseuri în căutarea... unui cititor,Edit. Albatros,Bucureşti,1981
6. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relaţională,Supliment Rev.Med.Chir.Iaşi,1989
7. Pirozynski T.(sub red.):Patologia agresivităţii intrafamiliale, Supliment Rev.Med.Chir.Iaşi,1991
8. Popescu-Neveanu P.: Personalitatea şi cunoaşterea ei.Ed.Militară,Bucureşti,1969.
9. Rădulescu S.M.,Bonciu D.: Introducere în sociologia delicvenţei juvenile (Adolescenta - între normalitate şi deviantă),Edit.Medicală,Bucureşti,1990.
10. Rădulescu S.M., Piticariu M.: Devianţa comportamentală şi boala psihică. Sociologie şi psihiatrie,Edit. Academiei Republicii Socialiste România,Bucureşti, 1989.

Scanned with OKEN Scanner

11. Scripcaru Gh., Terbancea M.: Patologie medico-legală, Edit. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1978.
12. Sen A.: Educaţie şi terapie. Diviziunea educaţională asupra psihoterapiei. Edit. Didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1978.
13. Terbancea M., Scripcaru Gh.: Coordonate deontologice ale actului medical, Edit. Medicală, Bucureşti, 1989
14. Vlad T., Vlad C.: Psihologie şi psihopatologie comportamentală, Edit. Militară, 1978.

Cuvinte cheie:
- agresivitate relaţională

Modelul cultural trebuie să existe, căci insul este inevitabil un „ens culturalis": ceea ce înseamnă achiziţia componentelor naturale ale culturii, a celor oferite, a celor educate, a celor deprinse. Însă unele lucruri se pot oferi mediat, prin înţelegere, iar altele imediat, prin coincidenţa tiparelor.

EDUARD PAMFIL

SEMNIFICATII PSIHOPROTECTIVE IN ASISTENTA DEFICITELOR INVOLUTIVE

ELENA-MONICA CHIRIAC, C.POSTELNICU, TH.HOROPCIUC, OLGA HOROPCIUC

Psihiatria contemporană este confruntată evident de problematica sănătăţii mentale a persoanelor de vîrstă înaintată şi inclusiv de asistenţa lor protectivă pe plan etic moral (2). Modelele moderne de asistenţă psihiatrică cu intervenţii active ale servituţiilor sociale faţă de persoanele în vîrstă indică o problematică şi cazuistică tot mai variată ca avanteje cît şi daune pe seama sănătăţii persoanelor în vîrstă datorită spitalizărilor în unităţi cu profil psihiatric (1).

Realităţile asistenţei psihiatrice privind populaţiile longevive indică necesitatea studierii dimensiunilor relaţionale ale existenţei lor.Dependenţa de lungă durată a persoanelor în vîrstă faţă de cei din jur generează consecinţe afective cu multiple aspecte prin necesitatea unor grupe de sprijin ca şi existenţa la nivelul societăţii a unor anumite conduite etice bine precizate faţă de aceste categorii de suferinzi.

Modificările structurale şi dinamice din ultime vreme în condiţiile persistenţei la noi în ţară a modelului clasic de asistenţă a persoanelor în vîrstă cu deficite psihoinvolutive în instituţii de psihiatrie cu profil general, conduc la apariţia unei problematici în care nu pe ultimul loc se află influenţele reciproce dintre deficitul psihic şi cadrul instituţional în care acesta este şi/sau trebuie asistat (11).

Material şi metodă

Studiul se referă la un număr de 128 pacienţi de sex masculin selectaţi la prima adresabilitate de internare în perioada Ianuarie-Decembrie 1992 într-un serviciu clinic de psihiatrie la Spitalul Socola.

Internările în spital au fost efectuate preponderent în regim de „urgenţe" relaţional-psihiatrice, dar şi pentru suferinţe somato-viscerale cronice de caracter şi invalidare fizică şi psihosenzorială.

Lotul studiat a fost diferenţiat astfel:

a) 82 de persoane cuprinse în grupa de vîrstă între 55-65 de ani, adică în limitele de vîrstă activă din punct de vedere al exercitării profesiunii salariale,în perspectivă de retragere

şi/sau recent retraşi din activităţi productive.

b) 46 persoane în grupa de vîrstă de 66-91 ani, retraşi din activităţi productive profesionale.

La prima categorie de subiecţi internările în spital s-au efectuat în procentaj de 54% din cazuri la recomandarea reţelei teritoriale de asistenţă psihiatrică ambulatorie, iar restul după cum urmează:-35% la solicitarea familiei, 8% în regim de asistenţă medicală de urgenţă, 3% la recomandarea reţelei de asistenţă medico-legală în contextul săvîrşirii unor infracţiuni antisociale.

Cea de a doua categorie de subiecţi (grupa de vîrstă cuprinsă între 66-91 ani), evidenţiază internările ce au fost efectuate preponderent la solicitarea familiilor 54,4%, la recomandarea reţelei de asistenţă psihiatrică ambulatorie 18%, la solicitarea vecinilor 3,2%, în regim de urgenţă medico-psihiatrică 5%, la indicaţia organelor de ordine publică 6,4%, la recomandarea reţelei de asistenţă medico-legală 7%, la solicitarea personală 2%.

Evaluarea cazurilor care au necesitat internările în spital au relevat următoarelor aspecte importanţe semnificativă: - situaţia maritală; numărul membrilor de familie şi situaţia geografică unde îşi au domiciliul şi locul de muncă; situaţii conflictuale intra şi extrafamiliale; situaţii psihotraumatizante existenţiale în implicaţii cu nevetism, şomaj, pensionări medicale, decese în familie, implicaţii judiciare, suferinţe somato-viscerale şi neuropsihice, invalidări fizice şi psihosenzoriale rejetate de a fi asistate în reţeaua de medicină generală sau în unităţi cu profil specializat.

Aspecte clinice şi observaţii.

Observaţiile noastre atestă că la grupa de vîrstă 55-65 de ani solicitările pentru internare în spital sînt justificate de subiecţi şi aperţinători printr-un polimorfism de suferinţe somato-psihice în care suferinţele somato-viscerale sînt invocate a fi pe primul plan.

La cea de a doua categorie de subiecţi (66-91 ani), pe primul plan al motivelor de internare apar suferinţele cu pronunţat deficit psihic (56%) ajungînd pînă la evidente suferinţe de aspect şi dezvoltări demenţiale.

Analiza obiectivă a mobilului real al internărilor indică tulburări psihoreactive caracter dezadaptativ într-o pondere evidentă la prima grupă de vîrstă (7o,8%) faţă de cea de a doua

grupă (32,7%).

Grupele clinice mai semnificative, la prima categorie de subiecţi arată predominanţa psihosindroamelor de tip nevrotic involutiv cu manifestări depresiv-anxioase (34,3%), dependenţe alcoolofilice şi faţă de diferite droguri (24,4%), tulburări psihopatoide diverse (3,6,lo).

In paralel, la cea de a doua grupă, se evidenţiază primordial manifestările cu caracter degradativ psiho-intelectual, asociate de tulburări afective depresiv-melancolice, uneori agravate prin consum abuziv etanolic.

Asocierea la tulburările psihice a unor situaţii de handicap fizic (afecţiuni neurologice invalidante,reumatism deformant, amputaţii de membre, lipsa de control sfincterian şi incontinenţa în exonerarea emonctoriilor, deficit marcat de mobilizare pentru rezolvarea necesităţilor fiziologice,) sînt motive reale de solicitare a asistenţei spitaliceşti, în proporţii aproximativ egale la bolnavii din ambele grupe de vîrstă luate în studiu. Aceste situaţii au fost găsite la prima grupă în procentaj de 9,8%, iar cea de a doua grupă la 9,7%.

Insistenţele socio-familiale privind instituţionalizarea spitalicească a acestor persoane sînt susţinute de faptul, că în mediul lor familial, de săvîrşirea unor fapte incompatibile convieţuiri conjugale şi/sau nu există persoane disponibile a se angaja în îngrijirea şi supravegherea lor. La aceasta contribuie şi lipsa unui sistem public special organizat pentru asemenea categorii de pacienţi. Aceeaşi motivaţie se întîlneşte şi la persoanele cu deficite psihosenzoriale dominate în deosebi de cecitaţi,hipoacuzie, care au fost găsite în proporţii sensibil egale la embele categorii de vîrstă (9,8% la prima grupă şi lo% la cel de al doilea grup).

Un factor de mare semnificaţie practică şi organizatorică în solicitările excesive de asistenţă psihiatrică instituţionalizată o constituie pierderea partenerului maritel sau a unor persoane apropiate (fraţi,surori,copii,rude,etc.) Situaţii de acest gen duc la resemnare,sentiment de neajutorare,agravare pe plan subiectiv a unor probleme existenţiale minore,imobilism, pasivitate,izolare,refuz alimentar,neglijarea aspectului fizic şi alimentar,etc. Cumularea acestor factori favorizează evoluţii relativ rapide către deficite de tip demenţial şi nu rareori la apariţia unor manifestări vasculare cerebrale acute (9,11).

Scanned with OKEN Scanner

In condiţiile modificărilor din relaţiile actuale şi diferite semnalăm o creştere a incidenţei situaţiilor cu prezumate implicaţii judiciare în perspectivă.Acestea au fost apreciate a fi de 17% la grupa de vîrstă 55-65 ani şi de 20% la cea de a doua grupă.Această incidenţă crescută ale manifestărilor discomportamentale cu potenţial medico-legal este favorizată de neglijarea de către familie şi anturaj a aspectelor psihopatologice degradative de regulă cu evoluţie lentă şi progredientă.In observaţiile noastre prevalează fapte de o deosebită gravitate şi cruzime (omoruri,tentative de omor sau violuri,incendieri,acte agresive).

Analiza solicitărilor de asistenţă instituţionalizată psihiatrică, la cele două grupe de pacienţi luate în studiu,evidenţiază:

- la primul grup, predominenţa aspectelor legate de precizări de diagnostic, intervenţii terapeutice de specialitate,indicaţii şi recomandări pentru rezolvarea unor situaţii existenţiale socio-profesionale,specifice acestei grupe de vîrstă (expertiza capacităţii de muncă, pensionări medicale, stabilirea stărilor de handicap,).

- la al doilea grup de vîrstă prevalează internările în scopul obţinerii unei asistenţe predominant medico-sociale de lungă durată, în mediul instituţionalizat, sub presiunea imposibilităţii de supraveghere, asistenţă şi îngrijire adecvată în mediul familial.Mai rar internările la această categorie survin în urma dezinteresului faţă de consortul suferind sau pentru menţinerea unor comodităţi şi facilităţi în viaţa personală.

Relevante în sensul celor de mai sus sînt datele legate de situaţia maritală a pacienţilor şi numărului de copii(5,9).La prima grupă de vîrstă 81% din solicitări de asistenţă psihiatrică au fost găsiţi căsătoriţi şi cu un număr echilibrat de copii (1-3 copii).La cea de a doua grupă se constată o scădere uşoară a solicitărilor de internare pentru pacienţii căsătoriţi şi o creştere relativ semnificativă a celor divorţaţi sau recăsătoriţi (13%, văduvi 30%, celibatari 43%). La această categorie de vîrstă semnalăm totuşi ponderea crescută a solicitărilor de internare,în cazul familiilor cu mai mult de trei-patru copii,dar aflaţi în diverse situaţii de dificultate.

Concluzii:

Deficitele psihoinvolutive în actualele condiţii de asistenţă psihiatrică au tendinţa la spitalizări numeroase şi de lungă

durată, nu atît datorită unor factori de relevanţă directă medico-psihiatrică,cît mai ales unor aspecte social-familiale şi de dificultăţi impuse de complexitatea suferinţelor somato-viscerale cumulative (8).

Realităţile actuale de viaţă ne raliază la punctul de vedere al asistenţei spitaliceşti la categorii de subiecţi cu precădere în suferinţe de factură depresivă,manifestări discomportamentale şi tulburări de caracter psihotic,adică situaţii recunoscute îndeobşte ca urgenţe medico-psihiatrice(2).

Spitalizările solicită de regulă acceptul bolnavului într-o perioadă mai scurtă de timp.Accentul asistenţei este axată pe precizarea diagnosticului, a explorărilor de specialitate,tratament şi indicaţii medico-sociale de perspectivă.

Susţinem necesitatea existenţei unei reţele diferenţiate de asistenţă geriatrică, cu sectoare diferenţiate de asistenţă psiho-geriatrică,astfel organizate încît instituţia să nu devină patogenă pentru bolnav,iar atmosfera creată de bolnavii psihici să,nu devină nefuncţionabile şi traumatizante pentru alte categorii de bolnavi (3,11).

Personalul de îngrijire medico-sanitare implicat în asistenţa acestor categorii de bolnavi necesită o selecţie de atitudini şi competenţă în stabilirea servituţiilor legate de particularităţile îngrijirilor la persoanele vîrstei a treia (7).

Un aspect ce rămîne permanent în atenţia medicilor care asistă asemenea bolnavi este protecţia lor socială prin organele competente pe plan legislativ (instituire de curatelă,tutelă, interdicţie).

O atenţie cu totul deosebită o ridică bolnavii rejetaţi de familie,anturaj, instituţii de asistenţă medico-socială,precum şi cei lipsiţi de orice absorbţie social-familială şi care practică diverse forme de vagabondaj cu implicaţii aferente negative.

Dificultăţile actuale demografice,fizice şi morale ale societăţii solicită elaborarea unei conduite de perspectivă pentru asistenţa persoanelor în vîrstă cu propunere de modele adecvate realităţilor contemporane (1).

In opinia noastră,în condiţiile actuale, spitalizările subiecţilor în vîrstă, în instituţiile de psihiatrie,rămîne metoda cea mai uzitată de asigurare a unui regim psiho-protectiv adecvat.In perspectivă imediată şi mai îndepărtată,ponderea serviciilor extraspitalicesti este indicat să se dezvolte cu elaborarea

unui model complex de asistenţă ambulatorie sau semiambulatorie.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. P.Guiblet - Avantages et méfaits de l'hospitalisation du suget agé. Le concours médical.1989, 17.06 -111-24
2. D.Giusti - Intervention du service social auprés des personnes agées en milieu psychiatrique". Psychologie Médicale - 1986, 18,13: 2023-2024.
3. M.F.Hervy, B.Hervy,P.Bouchacourt, F.Forette - Démence sénile et institutions gériatriques.Influences réciproques.Psychologie Médicale 1987,19,8: 1291-1293.
4. J.Oberlin, M.Bouton-Oberlin, M.Le Gal - Le vécu affectif de l'entourage de sujets âgés déments.Psychologie Médicale,1987,19,8: 1305-1306.
5. M.Pareaud, J.F.Tessier,J.M.Leger,J.P.Michel - Conséquances affectives de la démence sur le conjoint du dément.Psychologie Médicale.1987,19,8:1307-1308.
6. Y.Pelicier - La démence, l'histoire et la mort.Psychologie Médicale, 1987,19,8: 1199-1200.
7. A.Saillon,P.Legeron - Application pratique du modele comportamental dans un établissement psychogeriatrique. Actualités Psychiatriques nr.7,sept.1988.
8. Caterine Sermet - La dépendance des personnes agées.Le concours médical. 27.05.1989 - 111-21.
9. I.Simeone, M.Myslinski - Relation entre fille et mère démente au travers des groupes de soutien.Psychologie Médicale,1987,19,8: 1289-1290.
10. M.Troper - Le droit, Les comités, d'éthique et la rationalité. Le Revue du Practicien,1990, 96 du 30.
11. J.Wertheimer - Le dément et l'institutions psychiatrique:les influences réciproques.Psychologie Médicale,1987, 19,8:1297-1299.

Cuvinte cheie:
- sindrom involutiv
- semnificaţii psihoprotective

III. Dimensiuni actuale în psihopatologia clinică

Scanned with OKEN Scanner

DEPRESIILE: DIMENSIUNI ACTUALE IN PSIHOPATOLOGIA CLINICA

T.PIROŻYŃSKI, N.COSMOVICI

Introducere tematică

Depresia este semnalată ca o prezență aproape fără excepție în psihopatologia clinică și nu există specialitate medicală care să nu descrie, alături de algia somatică, suferința psihică și morală a celui care o suportă. Experiența individuală și integrarea sa în interrelația umană implică constant modularea dispoziției afective în reacții pasagere depresive sau grave și durabile cu răspuns asupra inițiativei și a comportamentului.

Actul cunoașterii de sine și al relațiilor de existență se însoțește de îndoială și neliniște. Readucerea în planul conștiinței a experiențelor cu o deosebită semnificație subiectivă pot întreține nostalgia. Riscurile și eșecurile adaugă proiectărilor în viitor anxietatea.Efortul continuu al inițiativei și al realizărilor se intercalează cu sentimentul de epuizare și senzații organice penibile.Participarea compasivă la suferința aproapelui sau identificarea cu eșecul unor acțiuni colective poate ajunge la pragul unei suferințe morale. Discriminarea prin atitudine etică, chiar și în îndoiala reușitei pragmatice, poate institui regretul și vinovăția.

Pretutindeni, în experiența actelor de comportament, depresia, cu variatele sale aspecte de sens și intensitate, caracterizează condiția umană și îi definește conținutul prin expresia sa fenomenologică, ontogenetică și antropologică. Prin transfer logic, o identificare în patologie se face utilizînd criterii dimensionale de durată,intensitate, raport, formă și motivații, ce și prin criterii categoriale (24,29,35).

Istoria conceptului clinic al depresiei este probabil contemporană actului cunoașterii. De la intersecția elementară și mai apoi analiza descriptivă, psihologică, studiul neurofiziologiei, al reflexologiei, al psihofarmacologiei, au contribuit la precizarea mecanismelor intime. Introducerea chimioterapiei antidepresive și a litiumterapiei selectează în conceptul clinic momente ca surse și modalități patogene diferite.

Diagnosticul clinic al stărilor depresive, deși supus dificultăților, este necesar la stabilirea protectivă și eficientă

medicală, fizică şi relaţională. Interpretarea sa diferită considerată dominant exogenă, endogenă sau de eclectism heterogen a fost subordonată unor variante de poziţie conceptuale în explicarea actului psihologic şi al fenomenului psihopatologic. Dacă depresia constituie o caracteristică existenţială faţă de sine şi ambianţă, aspectele ei, medicale se deosebesc prin perspective clinică a psihopatologiei (1,1c,28).

Stării reactive firesti i se poate opune anacronismul de situaţie faţă de realitate, la fel şi relativitatea factorilor inductori incriminaţi în fixări stereotipe faţă de transformarea personalităţii în toată dinamica stărilor psihopatologice.

Depresiile reprezintă poate cea mai frecventă tulburare psihică, făcînd obiectul a numeroase cercetări epidemiologice.

Criteriologie clinică de psihopatologie

Specificitatea sindroamelor depresive rezultă din particularităţile înnăscute şi dobîndite ale reactivităţii individuale şi prin pluralitatea mecanismelor lor operante.Delimitările clinice nu pot fi dogmatic etiologice sau structurale, după cum numai sindromul funcţional nu poate defini esenţa fenomenului clinic (26,27).

Complexitatea factorială inductoare şi motivaţia sindroamelor depresive se proiectează în diversitatea sistemelor de clarificare, a căror valoare şi operanţă găseşte distincte modalităţi aplicative.

Dificultăţile actuale de clasificare privind criteriile de referinţă şi lipsa unor date concordante au condus la elaborarea unor sistematizări predominant sindromatice. Se pot distinge astfel diferite direcţii de clasificare a sindroamelor depresive în report de intensitatea şi asocierea particulară a simptomatologiei sau în report de motivaţia sau terenul bio-constituţional, de nuanţarea evoluţiei sau a periodicităţii caracterului de constanţă şi durată. Diferitele direcţii permit însă verificări reciproce prin criterii medicale clinice, structural biologice şi funcţionale în dinamica terapeutică (2,11,13).

Nosologia clinică a stărilor depresive s-a dezvoltat ca o referinţă clasică fundamentată de concepţiile lui E.Kraepelin (15), care a fondat conceptul de psihoză maniaco-depresivă.Au fost astfel clasate cinci varietăţi ale depresiei: depresia din psihoza maniaco-depresivă (depresia endogenă), depresia nevrotică (psihogenă), depresia de involuţie, depresia simptomatică

(din alte afecţiuni somato-viscerale), personalitatea patologică depresivă. Contribuţia de mare valoare a acestei clarificări a diferenţierii stărilor depresive prin ipoteze etiopatogenice, criterii evolutive şi simptomatice, a instituit însă şi schematica dihotomiei între depresiile endogene şi psihogene.

Dihotomia endogen-psihogenă apare în diferite şi mai vechi sistematizări, cum este cea a lui Lange (1926)(1o),în baza a patru criterii şi anume:

- criteriul etiologic, prin care se enunţă legătura cauzală a depresiei psihogene cu un eveniment psihotraumatizant;
- criteriul simptomatic, în care depresia endogenă se caracterizează prin inhibiţie psihomotorie, scădere ponderală şi tulburări vegetative, idei de culpabilitate şi autoacuzare,spre deosebire de depresia psihogenă, cu o caracteristică tendinţă de proiecţie în relaţiile ambientale a factorilor inductori ai stărilor de suferinţă morală;
- criteriul evolutiv, prin care depresia psihogenă prezintă o „reactivitate" la evenimentele ambientale în sensul modificării simptomatologiei în raport cu ambianţa, în timp ce simptomatologia depresiei endogene nu este influenţată de mediul ambiental sau este puţin influenţată de acesta;
- criteriul eredo-familial, antecedentele familiale de psihoză maniaco-depresivă se întîlnesc relativ frecvent în cazul depresiei endogene, în timp ce în depresia psihogenă se constată antecedente de nevroze, personalităţi patologice, schizofrenie.

In evoluţia conceptelor clinice se disting şi în trecut diverse tendinţe de interpretare a depresiei.Astfel Gillepsie (1929)(12) renunţa la criteriul etiologic şi la noţiunea de endogen, introducînd termenul reacţional (reactiv) în locul celui de „psihogen".Buzzard (193o)(6), prin introducerea termenului „nevrotic" accentua asupra unei descripţii simptomatice, în care apare în primul rînd anxietatea, realizînd dihotomia depresie psihotică - depresie psihogenă.

Opoziţia dintre modelul categorial şi cel dimensional, ce a operat în dihotomia clasică endogen-exogen, este considerată în prezent relativă, reducţionistă şi insuficient justificată, întrucît terenul (particularităţile ereditare, constituţionale şi de vîrstă) deţin o precizabilă valoare în afecţiunile endogene influenţate însă de intervenţia factorilor relaţionali.

Chiar dacă diferenţierea simptomatică între depresia endogenă şi depresia psihogenă pare a avea corespondenţe clinice, persistă aspectul problematic al existenţei a unor grupe de afecţiuni distincte dar şi a unei continuităţi între tipuri clinice diferenţiate. Astfel s-au conturat tendinţe mai actuale ale unor şcoli psihiatrice de configurare multimodală, dimensională sau categorială ca descripţie şi orientare a tulburărilor afective (16,23,31).

De altfel în încadrările de sistem clinic al stărilor depresive se constată în mod evident şi neconcordanţele diagnostice ale diferitelor orientări în psihiatrie,din care rezultă şi valoarea lor în orientarea unei terapii uneori distinct diferenţiate. In acest sens numeroase cercetări în ultimele decenii, prin constatări de ordin genetic, evolutiv, clinic şi biochimic, subliniază heterogenitatea psihozei maniaco-depresive şi propun clasificarea psihozelor afective în forme unipolare (episoade depresive unice sau multiple) şi bipolare (alternanţe sau asocierea episoadelor maniacale şi depresive). Mai mult chiar se evidenţiază caracterul heterogen al formelor unipolare în care se clasifică, din punct de vedere genetic, mai multe categorii (tulburări depresive familiale pure, tulburări depresive sporadice, tulburări cu aspect depresiv.

Conceptul de depresie nevrotică este de asemenea revizuit, prin care se relevă lipsa unei omogenităţi de încadrare clinică (3,27,34,35).

Revizuirea dihotomiei clasice endogen-psihogen, consideră ca argument esenţial existenţe în bolile psihice atît a unei factorialităţi multiple dar diferit dominantă, cu o sistematizare a depresiilor în depresii primare şi secundare (33). Depresia primară este definită ca un sindrom depresiv survenit la un subiect care nu a prezentat nici un antecedent de tulburare psihică (cu excepţia unei stări depresive şi/sau maniacale), iar depresia secundară ca un sindrom depresiv survenit la un subiect care a avut în antecedentele sale o altă tulburare psihică (alcoolism,nevroză).

P.Kielholz (1974,1984)(16), propune însă o clasificare nosologică a stărilor depresive în raport de complexitatea factorialităţii etiologice organice, endogene şi psihogene,realizînd următoarea sistematizare: depresii somatogene (organice,simptomatice) depresii endogene (schizoafective, bipolare, unipolare,

de involuţie), depresii psihogene (nevrotice, de epuizare, reactive). Această clasificare ar permite aprecierea indicaţiilor terapeutice (chimioterapice şi psihoterapice), predicţiei evolutive şi prognostice.

Sistemele de clasificare elaborate pînă în prezent exprimă în mare măsură, după cum se constată, dificultăţile de cuprindere a stărilor depresive în criterii clinice. Astfel, clasificarea propusă de I.C.D - 9 - O.M.S.-1975 influenţează doar parţial dihotomiile clasice endogen-psihogen (reactive) şi psihotic-non-psihotic, combinînd în proporţii variabile criterii clinice şi evolutive. Sînt astfel individualizate şase principale categorii de tulburări depresive (dintre care numai una endogenă şi cinci psihogene) cum sînt enumerate: psihoza maniaco-depresivă - forma depresivă şi forma circulară în faza depresivă; psihoza nonorganică depresivă tipică; depresia reactivă de scurtă durată, depresia nevrotică; reacţia acută de stress cu predominanţa perturbărilor emoţionale; depresia reactivă prelungită.

Clasificarea oficială franceză - INSERM - 1968 este limitată la o listă nominativă de categorii diagnostice în care depresia de involuţie figurează ca o subcategorie a psihozei maniaco-depresive, fără a se face distincţia între formele unipolare şi bipolare ale depresiei endogene.

I.C.D.- 9 are un caracter cuprinzător prin numărul mare de categorii incluse, detaşîndu-se de INSERM prin introducerea formelor unipolare şi bipolare ale psihozei maniaco-depresive şi descrierea „personalităţii depresive" sub denumirea „personalitate distimică", cu neincluderea melancoliei de involuţie ca entitate nosologică autonomă.

In unele orientări actuale în psihopatologie şi psihologia clinică se evidenţiază tendinţele de clasificare în favoarea unei criteriologii sindromatice şi folosirea instrumentelor standardizate de cuantificare, care au permis elaborarea unor criterii diagnostice dimensionale.Aceste concepţii se bazează pe principiul definirii categoriilor diagnostice prin criterii specifice de admitere şi excludere, care ar permite opţiuni diagnostice de operanţă (9,17,3o). Sistemul de elaborare a criteriilor diagnostice a fost preluat de „American Psychiatric Association" în clasificarea tulburărilor psihice prin D.S.M. III (198o) şi D.S.M. III - R (1987). In această clasificare

tulburările afective sau ale dispoziţiei (mood disorders sînt grupate în trei categorii, reţinîndu-se trei varietăţi fundamentale ale tulburărilor depresive:

- tulburările afective majore, clasate în tulburări bipolare (mixtă, bipolară maniacală şi bipolară depresivă) şi depresia majoră (unică şi recurentă);
- alte tulburări afective specifice împărţite în tulburări ciclotimice şi tulburări distimice (sau nevroza depresivă);
- tulburările afective atipice diferenţiate în tulburări bipolare atipice şi depresia atipică.

Modalităţile de clasificare din D.S.M - III şi D.S.M.-III R prin renunţarea la dihotomia endogen-exogen, deşi nu enunţă criterii de tip nosologic, permite cu suficiente rezerve abordarea unui limbaj comun şi a unei comunicări între diferiţi cercetători privind validarea diagnosticului clinic.Aceste obiective par a fi exprimate şi de C.I.M.-lo - C.M.S. prin integrarea numeroaselor tendinţe actuale de clasificare a depresiilor.

Dimensiuni relaţionale şi de psihofiziologie

Intensitatea depresiei se înscrie în hipertimia dureroasă iar extinderea ei în inhibiţia voinţei şi ideaţiei. Forma depresiei psihice deschide observaţiei clinice calea asociaţiilor simptomatice legate patogenic între ele şi incluse în limitele unor sindroame funcţionale.

Depresia stupuroasă, depresia anxioasă,depresia hipocondriacă, depresia delirantă - sînt numai modalităţi psihopatologice a căror descripţie nu sugerează numai tabloul clinic, dar identifică existenţa unor patogenii diferite, acţionînd asupra unui organism care răspunde la posibilităţile induse de tipurile de reacţie. Asocierea simptomatologiei în unitatea personalităţii patologice atestă evoluţie şi prognosticul după modelul şi dinamica de dezvoltare a bolii (lo,39).

Discuţia asupra specificităţii sau a nespecificităţii sindroamelor nu poate avea o rezolvare univocă.Specificitatea unor sindroame psihopatologice este mai mare, a altora lipseşte, iar nespecificitatea poate fi numai relativă. Sindroamele depresive pot avea cele mai diverse surse şi motivaţii, ele pot fi numai reacţii calitativ adecvate, dar de intensitate deosebită la experienţe care proiectează răspunsuri psihocomportamentale structurale sau funcţionale.

Durata excesivă a reacţiei afective modifică ritmul oscilant al răspunsului psihobiologic, instituind boala în aspectul ei psihosomatic. In acest mod violenţa răspunsului instituie intensitatea patologică a afectului, cu consecinţele sale de epuizare biologică, care organizează în timp inerţia ritmurilor oscilante ale organismului. In suferinţele cerebrale difuze sau în anumite localizări, apar tulburări ale reacţiilor afective primare, cu consecinţe timice determinate de modificări în funcţionarea instanţelor cerebrale şi ale ariilor de asociaţie corticală (22,36,38).

Stările depresive în varietatea lor de sindroame clinice au valoarea unor semnale de identificare, ele stabilesc nevoia de identificare a motivaţiilor patogene operante. Tonalitatea afectivă tristă a depresiei cîştigă valoarea diagnostică prin expresivitatea sa individuală în relaţie cu factorii inductori.

Depresia melancolică, duce la pierderea contactului cu realitatea, prin fixarea într-un transfer monomanic al obiectului şi o motivaţie patologică ce culminează prin intensitate în formele stuporoase şi prin durată în formele delirante. In depresia nevrotică, personalitatea păstrează proiecţia realităţii, dar se găseşte într-o dispută permanentă şi neliniştită cu sine însăşi. Tendinţele vitale şi efectorii, devin traume provocatoare de nelinişte, înscriind cercul vicios al mecanismelor psihopatologice ale nevrozei. Depresia personalităţii dizarmonice se plasează constituţional în conflictul de proiectare şi realitate, iar durata se cunoaşte modificări excesive de intensitate. Depresia stărilor de epuizare şi cea reactivă păstrează legătura inteligibilă cu factorul psihogen declanşator şi dezvoltarea sa psiho-somatică poate păstra, faţă de aceasta, relaţia de concordanţă dependentă.

In cercetarea clinică, delimitarea şi analiza sindroamelor depresive predominant reactive, relevă semnificaţii care decurg din desfăşurarea procesului psihopatologic, fără a fi precedat sau urmat de veritabile situaţii de destructurare ale personalităţii. O asemenea tentativă nu poate fi lipsită de riscuri. Ea este subordonată convingerii şi considerentelor pentru care bolnavul depresiv poate recurge sau rejectează acceptarea internării. In acest fel analiza cazurilor internate are o valoare statistică relativă, dar poate semnala şi atesta particularităţi de expresivitate simptomatologică şi clinică în cadrul unor

sindroame depresive (4,14).

Observaţii clinice experimentale permit să se întrevadă legătura dintre stările de dereglare funcţională ale centrilor hipotalamici, ale relaţiilor hipotalamo-corticale şi ale mediatorilor chimici. Datele experimentului neurofiziologic pun în discuţie legătura funcţională între modificările emoţionale, sistemele reglatoare ale reacţiilor vegetative şi tulburări encefalice zonale (11,22).

Datele psihofarmacologice atestă valoarea metabolismului aminelor biogene, ca mediatori chimici, în reglarea funcţională la nivelul substanţei reticulate. Reflexologia particularizează funcţionarea activităţii nervoase superioare în raport de particularităţile formelor de depresie. Disfuncţiile neuro-endocrino-vegetative, îndeosebi ale axei hipotalamo-hipofizo-suprarenală, într-o interpretare corelativă,semnalează reactivitatea în limite oscilante de epuizare sau inerţie ale răspunsului funcţional, după gravitatea prognostică a depresiei în contextul ei psihobiologic. Mai recent, tomografia prin emisie de pozitroni(Positron Emission Tomography) (P.E.T.) exbinde posibilităţile de diagnostic în depresiile organice şi tulburările metabolice din depresiile majore unipolare şi bipolare.

Intr-o cercetare care urmărea eficienţa unei terapeutici patogene, R.Coirault (8) făcea următoarea observaţie:„Melancolicul se comportă pe plan psihic şi pe plan celular ca un individ care şi-a pierdut în întregime posibilitatea oscilaţiilor normale ritmice. El este blocat fie în stare de suprapolarizare, fie în stare de depolarizare stabilă.... Această stare patologică este tributară stării metaoclice celulare".

In sprijinul observaţiilor clinice şi experimentale se adeugă rezultatele obţinute prin instrumentarea unor metode de explorare biomedicală şi de psihologie medicală. In ultimă instanţă aplicarea biologică, psihoterapeutică şi a chimioterapiei de sinteză completează raportarea datelor semiologice la categoriile structural funcţionale de înregistrare ale unor modalităţi de răspuns caracteristice unor limite clinice distinctive şi operante. Ele psivesc în egală măsură dimensiunile biogenetice şi antropoculturale prin care se proectează existenţa şi devenirea fiecărei personalităţi umane.

Scanned with OKEN Scanner

Contribuţii de psihologie clinică

Simptomatologia stărilor depresive comportă fenomene subiective, a căror extindere şi putere de expresivitate le permite punerea în evidenţă a unor explorări psihologice complexe. Unele din aceste explorări, printr-o diversă şi extremă diferenţiere pot pierde proiecţia lor funcţională şi clinică. Altele, prin descripţia lor, urmează sau sînt subordonate tipologic clasificărilor din psihiatrie.Oricum, utilizarea şi validarea în timp, completează suportul clinic asupra modului de debut al depresiei, peridiciozitatea crizelor de paroxism, concordanţa lor cu modificările personalităţii şi stabilitatea acestor fenomene în cursul evoluţiei generale(25,37).

A.M.D.P.- creat în 1960 ca scală destinată evaluării efectelor antipsihotice a neurolepticelor „Arbeitgemeinschaft für Methodik und Documentation in der Psychiatrie"(Asociaţia de Metodologie şi Cercetare în Psihiatrie) - utilizat mai ales de grupul francofon internaţional (1975), urmăreşte evaluarea,diagnosticul, controlul efectelor terapeutice, standardizarea limbajului, înmagazinarea datelor de psihopatologie, prin analiză factorială, ajungîndu-se la o scală de evaluare sindromatică globală în 13 factori diagnostici, cu 4 gradaţii de apreciere.

Dacă scalele globale (holistice) psihiatrice de evaluare menţionate - precum şi altele - vizează nosologia psihiatrică ca act medical, există şi scale de apreciere restrînse la domeniul psihosindroamelor funcţionale pentru anumite stări depresive, cum sînt: inventarul examenului stării actuale (P.S.1980), care în versiunea 9 cuprinde 120 itemi; în sistemul A.M.D.P. scala psihopatologică cuprinde 100 itemi şi 15 de rezervă.

In cadrul inventarelor pentru psihosindroamele funcţionale depresive, menţionăm: scala de apreciere psihiatrică a lui Wittenbern (W.P.R.S.- 1974) cu 52 itemi; scala psihiatrică multidimensională pentru pacienţii internaţi (I.M.P.S.-1966) cu 89 itemi; scala abreviată de apreciere psihiatrică (B.P.R.S.-1962) cu 18 itemi, cotaţi după 7 grade de intensitate (5,7,20).

Există şi o categorie de scale cu adresabilitate specifică evaluării stărilor depresive (impregnate şi nuanţate psihologic şi psihopatologic) din care menţionăm: Inventarul de depresie Zung (D.S.I.- 1972) cu 20 itemi, scala de interpretare psihiatrică (P.J.D.S.-1963) a lui Overall cu 31 itemi; scala de depresie a lui Montgomery şi Asberg (M.A.D.R.S.-1979) cu 10 itemi;

Scanned with OKEN Scanner

inventarul de depresie Beck (B.D.I.-1964) cu 13 itemi, versiunea prescurtată,forma Bf-S-1970; scala de „stare" a lui von Zerssen, care cuprinde 28 itemi (prin alegerea unui răspuns din două „adjective"); lista sistematică de simptome a lui Hopkins (S.C.L.-9o) cu 9o itemi; I.S.D.A.N.-1985, inventar scală pentru depresie-anxietate-neurovegetativ, care cuprinde 4 subteste: cuvinte izolate (în 5 minute), chestionar cu 100 itemi, interviu cu 100 itemi şi asociaţii de cuvinte (40 noţiuni), prin reorganizarea itemică din 7 scale-inventare (M.M.P.I.- 46 itemi; 16 P.F. - 24 itemi; Psychoratter - 33 itemi; C.P.I.- 32 itemi; W.M.- 4 itemi; Hamilton - 4 itemi; DE-AN - 16 itemi pentru chestionarul de autoevaluare, care are ca „ţintă simptomatică" surprinderea intensităţii depresiei; din cei 159 itemi extraşi, 59 se suprapun,eliminîndu-i.

Chestionarul - interviu D.A.N. (depresie - 3o itemi; anxietate -.3o itemi; neurovegetativ - 3o itemi şi lo itemi „rebeli") este realizat prin reorganizarea itemică a aceloraşi scale. Sînt 3 variante de răspuns: DA - Uneori - NU.

Particularitatea I.S.D.A.N-ului constă în utilizarea unui aparat - psiho-galvanometru la anumite cuvinte afectogen-depresive (prin abatere de la constanta personală electrodermală).

I.S.D.A.N-ul este utilizat şi experimentat în laboratorul de psihologie al clinicii de psihiatrie.

Scala Hamilton (5,7) versiunea 21 itemi, foloseşte următoare simptome de referinţă (în paranteză este notat punctajul maxim): 1.Depresie (4); 2.Culpabilitate(4). 3.Suicid(3); 4.Insomnie iniţială (dificultăţi de adormire)(2); 5. Insomnie mijlocie (treziri nocturne)(2); 6.Insomnie întîrziată (trezire matinală)(2); 7.Munca şi interesele (randamentul personal) (4); 8.Redardare (diminuarea potenţialului psihic intelectiv)(4); 9.Neuroticism (agitaţie)(4); lo.Anxietate psihică (nelinişte nefluxuată)(4); 11. Anxietate somatică (neurovegetativ-angoasă) (4); 12. Simptome gastro-intestinale (funcţionale şi organice) (2); 13.Simptome somatice generale (acuzele pacientului)(2); 14.Diminuare libido (elan sexy)(2); 15.Ipohondrie(4); 16.Dificultăţi de înţelegere (a conversaţiei instrucţionale)(2); 17. Scăderea în greutate)corporalitate în 3 luni)(2); 18.Variaţie dispoziţională (oscilaţii afective)(2); 19.Derealizare şi Depersonalizare (tendinţe)(4); 2o.Simptome paranoice

(tendinţe)(4); 21. Simptome depresive (numerotate)(2).La unii itemi (7-13-14) sînt diferenţieri pe sex.

Scala este însoţită de precizări terminologice psihiatrice-psihopatologice, diferenţierea graduală a itemilor, în scopul evitării unor erori şi al menţinerii unui limbaj acceptat comun.

Am insistat - succint - asupra scalei Hamilton deoarece,în cadrul investigaţiilor psihologice şi psihopatologice curente a pacienţilor depresivi, surprinde intensitatea şi gradualitatea „stărilor" şi a simptomelor ţintă, al căror control corelat poate fi suplimentat, diferenţiat,prin probe şi scale constatative detaliate (De ex.: scăderea randamentului psiho-intelectual, anxietate psihică, anxietate somatică).

Scala Hamilton prezintă avantaje şi în cercetările psihofarmacologice, oferind posibilitatea aprecierii cantitative a intensităţii simptomatologiei în momentul investigaţiei şi urmăririi lor prin repetare convenţional lunară (0-7-14-21 zile), ca mod de evaluare a urmăririi eficienţei medicaţiei antidepresive, prin ritmicizare psihofarmacotrizabilă de înregistrare dublă: clinică observabilă şi de laborator experimentală (4,38).

Din cei 21 itemi ai scalei Hamilton se pot delimita 7 factori primari ai depresiei: 1. Somatizare; 2.Variaţii diurne ale dispoziţiei; 3.Tulburări de somn; 4.Scăderea în greutate; 5. Simţul realului (critica sau conştiinţa bolii); 6. Dispoziţie depresivă; 7.Anxietate.

Aceşti factori primari la rîndul lor delimitează alţi 2 factori de ordin secund (sau subfactori):.Depresia vegetativă (1,2,3,4,) şi Depresia cognitivă (5,6, şi 7).

In cadrul tratamentului politerapic se întrevede intervenţia psihoterapiei afective şi cognitive - mai ales în cadrul depresiei nevrotice - atît în cadrul „repetării" scalării Hamilton (psihofarmacologic),cît şi în cadrul terapiei curente medical-psihologice sau a şedinţelor programate individual sau de grup psihoterapeutic de relaxare Schultz şi/sau Jacobson (5o şi 9o de minute).

Intre depresie şi anxietate există o relaţie direcţională şi funcţională. Depresia este întotdeauna tranzitor sau durabil însoţită de anxietate (psiho-somatică), dar există şi anxietate ca trăsătură, ca stare, ca reacţie, ca fire fără simptome depresive sau nevrotice.

Diferenţierea clinică a stărilor anxioase poate recunoaşte existenţa a patru varietăţi principale: reacţionale,nevrotice,psihotice şi simptomatice[30].

In general „definiţia anxietăţii" se bazează pe o terminologie comună, avînd ca centru referenţial: neliniştea,teama, nesiguranţa, îngrijorarea, decepţia, ameninţarea, tristeţea, suspiciunea, încordarea, cu şi fără subiect.

In acelaşi timp, anxietatea nu este numai frică, dar este biologică, comună omului şi animalului, dar care o simptomatologie comună şi nici exprimată numai de spaimă sau groază.

Anxietatea este o tulburare difuză care paralizează,născocind în mod imaginar şi perpetuu primejdii iminente, exagerînd dificultăţile: ea este un ansamblu de idei şi sentimente referitoare la evenimentele şi relaţiile existenţiale, ca şi la propria conduită a subiectului, cuprinsă de nelinişte chinuitoare (25,29,39).

Anxietatea este inerentă personalităţii umane (precum stress-ul, frustraţia şi conflictul) şi are valenţele sale pozitive şi negative.

In sensul valenţelor pozitive,anxietatea poate fi considerată firească normală şi mobilizantă avînd componente adaptativ-integrative, creatoare, fiind răspîndită universal, la gradul de participare al sistemului de sine (37).

In sensul valenţelor negative, anxietatea exprimă dezadaptarea temporară sau de durată în proiecţia psihocomportamentală. Sentimentul de socialitate şi altruitate - una din componentele importante ale structurii personalităţii - este evident influenţat în anxietatea psihosomatică, care depăşeşte limitele firesc acceptate.

Dezechilibrul principal în formele anxietăţii psiho-somatice şi al entităţilor clinico-psihopatologice îl constituie afectivitatea, ca primă trebuinţă de răspuns universal, ca expresie a securităţii pe termen lung a propriei persoane care, nesatisfăcută produce sentimentul de singurătate, izolare şi frustrare.

In cadrul anxietăţii participarea conştiinţei de sine nu o putem despărţi de structura afectivă şi sistemul endocrino-fiziologic constituţional, delimitîndu-se două tipuri de tensiuni afective: tipul activ sau pozitiv, dinamogen şi tipul pasiv, deficitar sau negativ. Tipului activ îi poate corespunde anxie-

tatea cu valenţe pozitive, iar tipului pasiv, anxietatea cu valenţe negative, prin referenţialitate plurivocă, în funcţie de vîrstă,sex,profesie, mediu habitual, familie, şcolarizare şi alte mobile particular-subiective, consemnîndu-se alături de altele un fond anxios, anxietate de eşec, anxietate de competiţie şi anxietate electivă, sau de mediul şcolar şi relaţional.

Explorarea şi investigarea experimentală şi clinico-psihologică a factorului de anxietate (U.I-28), în cadrul laboratorului de psihologie al clinicii de psihiatrie se poate realiza prin utilizarea Scalei de Anxietate Hamilton (în care se consemnează sistematic cele 12 simptome ţintă, cu elementele lor componente: 1.dispoziţie anxioasă, 2.tensiunea psihică, 3. teama, 4.insomnia, 5.starea intelectului, 6.simptome somatice generale, 7. simptome cardiovasculare, 8. simptome respiratorii, 9.simptome genito-urinare, lo.simptome gastro-intestinale, 11.simptome autonome, 12.comportamentul în timpul interviului.

Ea mai poate fi asociată scalei pentru anxietate I.P.A.T. (cu cei 5 „subfactori" componenţi: Q3 - conştiinţa de sine; C - forţa eului; L- securitate; O-culpabilitate;Q4-tensiunea ergică) a lui R.B.Cattell; alături de examinarea anxietăţii, ca factor, trăsătură, tendinţă, stare şi reacţie şi poate fi „surprinsă" şi de alte chestionare de autoevaluare (şi interviuri) cum sînt: W.H., P.A., DE-AN, AM-LE, 16 P.F.

O scală pentru anxietate, cu destinaţie „ţintă" tinde să întrunească rigorile clinicii de psihiatrie şi poate reflecta conţinutul psihopatologic, somatic şi sindromologic al anxietăţii. O astfel de scală este cea construită şi validată în clinica de psihiatrie din Socola Iaşi.

Scala utilizată delimitează următoarele 17 observaţii, forme şi evaluări: 1. anxietate psihică resimţită; 2.anxietatea cu expresie somatizată; 3.anticipaţia anxioasă; 4.anxietatea cu tendinţă spre dramatizare; 5.anxietatea obsedantă, difuză ori sistematizată; 6.anxietatea psiho-socială sau relaţională; 7.anxietatea cu dispoziţie afectivă astenică; 8 anxietatea emoţională, tensională, de disconfort; 9.anxietatea iritabilă cu denivelări disforice ale echilibrului emoţional; lo.anxietatea hiperemotivă; 11.oscilaţii anxioase ciclotimice (bipolaritate timică); 12. dispoziţie afectivă anxioasă,ambi-

valentă; 13. anxietate delimitată cu tensiune şi agitaţie interioară; 14. anxietatea după starea de trezire dintr-un somn cu vise-coşmaruri; 15.anxietatea perplexă de uimire şi nedumerire; 16.anxietatea tonusului vital; 17.anxietatea manifestă (observată).

Fiecare formă de anxietate cuprinde 3 itemi, iar fiecare item un simptom ţintă, cu patru puncte de intensitate graduală. Deci întreaga scală cuprinde 17 forme de anxietate(„factori"), 51 de itemi, cu un punctaj maxim de 204.Etalonul este realizat pentru fiecare item-simptom (0-12 puncte) şi pentru întreaga scală (0-204 puncte).

Investigaţia psihologică în clinica psihiatrică este subsumată actului medical şi condiţiei subiective a pacientului.De aceea „instrumentarul" psihologic individualizat şi/sau standardizat are o adresabilitate precizată, în funcţie de structura pacientului (cu toate datele anamnestice individuale) şi diagnosticul medical-psihiatric, oferind psihologului latitudinea organizării montajului de investigaţie adecvat.

Aceste date şi tendinţe de restructurare şi perfecţionare a mijloacelor psihologice de investigaţie în clinica de psihiatrie nu sînt gratuite sau inutile, ci dimpotrivă ele contribuie în mod absolut necesară la îndemnul de cercetare pentru precizarea şi suplimentarea informaţională a psihodiagnosticului actual şi diferenţial, a formelor de psihoterapie adecvate, în vederea valorizării relaţionale de recorectare comportamental-habituală.

Interpretarea corelativă a rezultatelor deduse din instrumentarea unor metode diferite de explorare face necesară un model conceptual care să poată atribui valori de maximă diferenţiere sindroamelor depresive, dar în acelaşi timp să le apropie de demersul patogen într-o perspectivă terapeutică.

Asocierile simptomatice care definesc descripţia sindromului depresiv în aspectele sale astenice, hipocondriace, obsesive,anxioase delirante, cu depersonalizare, şi seria lor poate continua prin alte variate relaţii clinice, se adresează unui complex mai larg, dinamic, înscris în timpul de dezvoltare caracteristic bolii.

Aceste posibilităţi cuprind aspecte şi forme delimitative ca depresia personalităţii, psihopatice, depresia din situaţiile reactive, din constituţia şi stările nevrotice,din

psihozele biogenetice sau cele din afecţiunile dominant organice şi de involuţie.

O particulară atenţie este atribuită depresiei mascate, definită de Kielholz (16) ca o depresie în care simptomele psihice apar în prim plan sau în care simptomele psihice sînt mascate de acestea. Acest semnal psihopatologic prezintă semnificaţia de precocitate a asistenţei medicale şi instituirea tratamentului fără omisiuni.

Subdiviziunile acestor aspecte şi categorii particularizează mai mult diferenţierea posibilităţilor de asistenţă şi a metodelor de reabilitare psihică.

Opţiuni şi perspective în cercetarea depresiilor.

Orice tentativă de delimitare criteriologică poate fi formulată prin permanente validări şi opţiuni performante ce pot servi condiţiei medicale. Dar aşa cum durerea organică reclamă fără echivoc cunoaşterea surselor sale, fără analogii simpliste, cea mai extinsă dintre modificările afective - depresia - în forma sa „normală" sau patologică, reclamă cunoaşterea raportului dintre motivaţia inductoare şi expresia sa respectivă. Capitolul deschis al terapiei antidepresive alături de progresul unor explorări structurale şi funcţionale argumentează acest fapt.

Analiza motivaţională în psihopatologia depresiei conferă o înţelegere pluridimensională suportului medical integral, antropologic şi relaţional al procesualităţii, printr-o interpretare dinamică şi comprehensivă (41,42). Introducerea secvenţială a unuia dintre criterii poate permite identificarea unor valoroase observaţii privind evoluţia sau prognosticul procesualităţii, dar este incompletă pentru înţelegerea dinamică şi integrală privind capacitatea de reabilitare şi integrare relaţional-umană în raport de starea iniţială a persoanei afectate. Monoacuzalitatea, de cele mai adeseori aparentă, nu poate delimita motivaţional sau fenomenologic depresia, după cum simpla sominalizare a unei stări depresive nu poate oferi o semnificaţie de comportament sau o valoare clinică.

Relaţiile psihopatologice în evoluţia stărilor depresive, precizarea diagnosticului şi o înţelegere a categoriilor clinice, precum şi abordarea terapeutică diferenţiată, evidenţiază complexitatea factorialităţii acestora şi utilitatea investigării sub aspect clinic, motivaţional, psihologic, sindromatic,

genetic, biochimic, experimental şi terapeutic (1,4,14).

Asistenţa stărilor depresive decurge din estimarea factorilor de risc, a factorilor declanşatori sau favorizanţi, grevajul psihopatologic şi intensitatea simptomatologiei, evoluţia şi răspunsul la tratament. In acest context rămîne valabilă abordarea bio-medicală şi psihoterapică într-o cooperare medico-psihologică, al cărei suport rezidă în cercetarea clinică a stărilor depresive, cuantificarea simptomatologiei prin examinări psihologice standardizate în dinamica evoluţiei bolii.

Psihodiagnosticul şi psihoterapia, integrate în cadrul explorărilor bio-medicale,pot conduce la aprofundarea dimensiunilor terapeutice,curative şi profilactice, printr-o abordare integrală a personalităţii cu promovarea comprehensiunii psihoprotective şi a stării de sănătate mentală.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Achte K.,AAlberg V.,Lonnqvist J.: Psychopathology of Depression, Psychiatr.Feun.(suppl.),198o
2. Akishal M.S.: Diagnosis and Classification of Affective Disorders: New Insights from Clinical and Laboratory Approaches.Psychiat.Develop.1983,2,123-16o.
3. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. P.Z.W.L.,Wars,1979
4. Bilikiewicz A.(red.): Zarys metod leczenia w psychiatrii, P.Z.W.L.,Wars.,1987
5. Boyer P.,Guelfi J.P., PullG.B.: Nosologie et psychométrie des dépressions (La maladie dépressive),12-33, Printel-Paris (Lab.Ciba-Geigy),1983
6. Buzzard E.F.: Discussion of the Diagnosis and Treatment of the Milder Forms of the Maniac-depressaive Psychossis, Proc.Roy.Soc.Med.,193o,23, 881-883.
7. Cearkin J.F.,Hurd S.W.: Psychological Assessment: Tests and Rating Scale (Textbook of Psychiatry) - Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.A), Amer.Psychiat. Press.,Wash.,1988,225-248.
8. Coirault R.,: Agression et réanimation en neuropsychiatrie, Ed.Masson,Paris,196o
9. Costello C.G.: Research on symptoms versus research on syndromes Arguments in favour of allocating more time to study of symptoms, The Brit.J.of Psychia-

try,1992,19o,294-3o4.
1o. Dabrowski S., Jaroszynski J., Puzynski S.: Psychiatria, P.Z.W.L., Wars.,1987.
11. Gelder M.,Gath D.,Mayon R.: Oxfford Textbook of Psychiatry. Oxford Univ.Press.Oxford.New York.Melbourne, 1989
12. Gillespie R.D.: The Clinical Differentiation of Types Depression, Gay's Hosp.Rep.,1929,9,3o6-344
13. Hoch P.: Differential Diagnossis in Clinical Psychiatry, Edit.Science House,1972
14. Ionescu G.: Psihoterapia, Edit.Stiinţifică,Bucureşti,199o
15. Kraepelin E.: Psychiatrie.Ein Lerbuch für Studierende und Aerzte - 8, Aufeage, A.Abel,Leipzig,1915
16. Kielholz P.,Poldinger W.,Adams C.: La dépression masquée Deutsche Arzte-Verlag, Köen,1984
17. Kepinski A.: Kepinski A.: Melancholia, Edit.P.Z.W.L.,Wars, 1979
18. Kendell R.E.: The Classification of Depression: A Review of Contemporany Confesion,Brit.J.Psychiat., 1976,129,15-28
19. Lange J.: Uber Melancholie, Z.Neurol.Psychiat.,1926,lol, 293-319
2o. Meakin C.J.: Screening for Depression in the Medically ill. The Future of Paper and Pencil Tests,The Brit.J.of Psychiatry,1992,9o,212-217
21. Mintz J.,Mintz L.l, Arruda M.J.,Hwang S.S.: Treatments of Depression and the Functional Capacity to Work, Arch.of Gen.Psychiatry,1992,lo,46, 761-768
22. Mendels J., Amsterdam J.D.: The Psychobiology of Affective Disorders,Edit.Karger,Amsterdam,198o
23. Overal J.E.: Des critères pour le diagnostique de dépression in: La symptomatologie dépressive.Enregistrement et évolution,Geigy,Revue Malgnaison, 1981
24. Polonio P.: Psychologie culturelle et personnalité.Ann.Med. Psycholog.,199o,148,9,748-751
25. Pirozynski T.(red.): Elemente de psihologie medicală şi logopedie,I.M.F.,Iaşi,1988

ANHEDONIA - CRITERII SI DILEME IN PSIHOPATOLOGIA CLINICA

PROF.DR.TADEUSZ PIROŻYŃSKI

Referinţe generale şi definiţie

Un termen medical deţine un sens şi valoare semiologică prin precizarea cuprinsului său noţional şi gradul de utilă coherenţă ce o poate exprima.

Anhedonia, ca termen sau noţiune, este folosită în psihiatrie ca referinţă a scăderii sau absenţa plăcerii caracterizate în diferitele situaţii clinice şi patologice, în mod deosebit în tulburările schizofrenice sau particularităţi dizarmonice structurale, depresive sau reactive.

Criteriile şi modelul de referinţă al anhedoniei, sau ceea ce este în mod general exprimat ca stare de absenţă a plăcerii, solicită în mod inerent referinţe şi precizări în psihiatria clinică. Astfel această noţiune a putut fi înţeleasă ca un simptom al unor stări psihopatologice sau ca risc sau trăsătură de comportament şi caracter al personalităţii. S-au putut deci folosi referinţele unui model descriptiv şi dimensional, dar şi altul categorial, ca integrare într-un model psihopatologic erarhizat şi uneori ca expresie lezională de valoare etiologică.

E.Kraepelin (12) a numit demenţa precoce ca o demenţă afectivă (Verblödung Affective) avînd semnificaţia unor tulburări primare. In acelaşi timp E.Bleuler (3) a semnalat afectivitatea bolnavilor schizofreni mai mult o discordanţă decît o deficienţă, iar tulburările afective sînt considerate ca patognomonice grupului de schizofrenii.

Termenul de anhedonie aparţine lui Th.Ribot (21), în opoziţie cu cel de analgezie, iar anhedonia s-ar diferenţia de pierderea plăcerii fizice sau dispariţia voluptăţii de cea a plăcerii normale. Este astfel descrisă şi posibilitatea unei etiologii organice şi neurologice ca şi cea de alte cauze funcţionale în care „ melancoliile profunde" pot fi stabilite în mod distinct de formele şi exprimarea anhedoniei. In limitele acestor opinii se semnalează scăderea singulară a plăcerii sexuale, sau anafrodizia, ce ar constitui preocuparea predilectă a sexologiei spre deosebire de scăderea globală a plăcerii, ce ar fi preocuparea bazală a psihiatriei.

De altfel, Th.Ribot (21) opune etiologiei organice,(prin suferinţe neurologice de focar, cum ar fi leziunile medulare cu pierderea sensibilităţii, descrise de Brown-Sequard) de cauze funcţionale, considerate psihiatrice. In această categorie este introdusă depresia melancolică, ca şi aceea care a fost descrisă încă de Kraepelin, tocirea afectelor şi indiferenţa, ca tulburare primară a demenţei precoce, în conceptul ei iniţial.

Anhedonia, după definirea şi descripţia iniţială a lui Th.Ribot a fost parţial abandonată în utilizarea psihiatriei franceze şi revine mult mai tîrziu (1987) de Guelfi în cadrul şi traducerea unei scale americane de evaluare a simptomatologiei negative la schizofreni (Scale for the Assessment of Negativ Symptoms sau SANS a lui Andreasen)(8). Ea a fost omisă ca termen de valoare semiologică în lucrările lui H.Ey, A.Porot, C.Koupernic, T.Lemperière,(19) dar a devenit deseori obiectul de referinţă al unor lucrări în ţările anglo-saxone, prin a fi apoi introduse ca un criteriu de diagnostic în DSM III şi apoi în versiunea (revizuită) din DSM III-R. Fără a omite încă şi alte lucrări ulterioare în Franţa semnalăm şi cele a lui G. Stephanatos, T.Lemperière (24) şi alţii mai recent este semnalată şi introdusă la noi în „Dicţionar enciclopedic de psihiatrie" al lui C.Gorgos (6).

Anhedonia ca stare psihopatologică, în cadrul analizei clinice se referă la stările schizofrenice şi, la cele depresive, la particularităţi dizarmonice sau încă altele ce ar putea fi precizate.

In acest sens în limitele propuse, semnalăm opiniile actuale asupra unor semnificaţii simptomatologice fundamentale sau inconstantă, în unele forme şi tipuri ale patologiei mentale.

Comentariile noastre iau în evidenţă schizofreniile ca forme clinice în care anhedonia este tratată ca un simptom inconstant, sau ca un simptom fundamental, sau ca un simptom bazal al unor tipuri sau forme de schizofremie. O aceeaşi referinţă ia în considerare expresivitatea simptomatologică a anhedoniei în formele şi tăpurile clinice ale depresiilor sau eventual şi al altor forme clinice de patologie mentală.

Precizările sindromatice sau de boală nu pot fi însă stabilite în opinia noastră, decît prin criterii pluridimensionale, bio-medicale sau chiar cele patobiografice, dar servesc în psi-

hopatologia clinică unor diferite şi multiple scale standardizate de psihodiagnostic, alături şi de alte modalităţi instrumentale (18).

Consideraţii de psihopatologie clinică

In simptomatologia schizofreniei anhedonia este în general recunoscută, dar importanţa şi valoarea sa este însă diferit explicată. Anhedonia poate fi considerată ca un simptom inconstant în cadrul unei hipotimii sau tocirii afective, sau dimpotrivă este considerată de alţii ca un simptom de bază caracteristic schizofreniei.

In acest ultim aspect anhedonia este considerată ca specifică tuturor formelor de schizofrenie, iar după alte observaţii ea nu este caracteristică decît unor anumite forme de schizofrenie.

Anhedonia, după consideraţiile clinice, apare ca simptom inconstant al schizofreniei ce ar putea deosebi şi unele particularităţi. Astfel se poate preciza şi ceea ce a fost denumit tocirea afectivă a schizofreniilor. E.Kraepelin,(11) după cum se ştie,(în a 6-a ediţie a tratamentului său din 1899) prezintă tocirea afectivă ca unul printre criteriile simptomatologice ale schizofreniei, iar mai tîrziu Eugen Bleuler, în 1911 stabileşte în unele tulburări de afectivitate simptomele de bază ce caracterizează schizofrenia iar mai tîrziu în 1950, K.Schneider citează printre simptomele de ordin secund, sărăcirea afectivă. In exemplele citate anhedonia apare în tulburările schizofrenie sau în cele reziduale ca un simptom inconstant cu o puternică scădere a afectivităţii.

In DSM - III-R tocirea afectivă face parte din unul din 3 itemi ai criteriilor de diagnostic, fiind suficient pentru schizofrenie pentru tipurile sale de dezorganizare sau pentru formele reziduale şi cele prodromale.

Anhedonia este însă considerată şi în afara tocirii afective ca un simptom inconstant al discordanţei în tulburările general afective din schizofrenie. Cercetarea clinică a unor autori cum este Schuck şi colab.,(care au folosit scala anhedoniei fizice a lui Chapman), în simptomatologia schizofreniei, privind acest tip general de tulburare afectivă apare inconstant şi nespecific (22). Alte analize cum este cea a lui Lutzemberger şi colab.,(cu aceeaşi scală a lui Chapman) ar prezenta însă un astfel de scor crescut în această scală, la unii bolnavi

schizofreni.

Anhedonia ca simptom fundamental în toate stările schizofrenice este considerat de S.Rado (20) ca o modalitate de transmitere genetică, după cum pentru P.Meehl, este un simptom quasipatognomonic al schizofreniei. L.Stein şi L.D.Wise (în 1971) şi apoi C.D.Wise şi L.Stern (în 1973) au elaborat o teorie biochimică a schizofreniei pornind de la un deficit genetic provocat de excesul de 6 hidroxidopamina ce perturbă sistemul de recompense (după J.Olds şi P.Milner, ca centru al plăcerii) (25,26).

Anhedonia ca simptom bazal al unor diferite tipuri sau forme de schizofrenie se referă la unele concepte privind psihiatria modernă. Aceste concepte generale au configurat şi unele puncte de vedere de o marcantă valoare clinică.

După Guirand şi Dide (7) conceptul de atimhormie exprimă pierderea elanului vital şi se instituie ca un simptom de bază al hebefreniei. La rîndul său acest termen a fost creat de Monakow şi Mourgue, ca o propulsie latentă ce se realizează într-o sinteză şi exerciţii interne şi cele externe ce pot stabili adaptabilitatea unei persoane. De la acest instinct formativ se diferenţiază sfera instinctelor şi sentimentelor.Ele ar fi rezultante din care ar decurge sursele orientării şi ale cauzalităţii ce poate apoi ajunge la dinamismul şi capacităţile plastice proprii. De la această bază conceptuală biologică, de neurologie şi psihopatologie, s-a creiat termenul noţiunii de „horme"

Guiraud P.(7), a asociat termenului de „horme" celui de „timie" sub forme denumite de sistem „hormotimic" şi bază conceptuală bioneurologică ca studiu al psihiatriei clinice.De la enunţul acestor opinii teoretice, Dide şi Guireud au formulat „atimhormie" ca deficit fundamental al elanului vital, al interesului, al afectivităţii ce ar decurge din activitatea sistemului hormotimic. Se promovează astfel valoarea centrilor neurovegetativi subcorticali privind toate impresiile endogene furnizate de activitatea organismului nostru, cît şi aportul activităţii mentale ca un continuu tonus al funcţionării şi prezenţei corpului.Acest rezultat ar conferi psihismului nostru elanul şi interesele sale, aşa cum au fost cercetate de Monakov şi Mourgue. Această scădere sau pierdere a unui continuu tonus sau elan vital este reluată şi în actualele cercetări biomedicale şi de psihopatologie clinică.

Scanned with OKEN Scanner

N.C.Andreasen (în 1981), a cercetat în cadrul schizofreniei tipul pozitiv, cu simptome productive şi tipul negativ, cu simptome deficitare.El a propus o scală de evaluare a simptomatologiei negative, numită Scale SANS (Scale for the Assessment of Negativ Symptoms) ce ar cuprinde 5 itemi: sărăcirea afectivă; alogia; avoliţia şi apatia; anhedonia şi retragerea socială; tulburările atenţiei(1).

Se consideră la doi din aceşti itemi şi absenţa simptomatologiei pozitive (cum ar fi halucinaţiile, ideile delirante) ca fiind condiţia necesară şi suficientă pentru stabilirea diagnosticului de tipul schizofreniei negative.

Anhedonia în această scală este asociată de retragerea socială iar aceasta ar constitui de fapt apariţia secundară a absenţei plăcerii în relaţiile şi contactele sociale.

Simptomele negative ale acestei scale pot fi raportate şi la simptomele fundamentale ale lui E.Bleuler.

Anhedonia în cadrul depresiilor

Noţiunea de anhedonie creiată de Th.Ribot conferă depresiilor profunde o valoare fie inconstantă, ca un simptom integral în tocirea afectivă, fie ca un simptom central caracteristic unui tip de depresie.

Anhedonia ca simptom inconstant al depresiei se poate referi la ceea ce a fost considerat ca o tocire afectivă.

Caracterul foarte diferit al stării şi dispoziţiei depresive a constituit o tentativă pentru diferite tipuri de scale. Astfel Jouvent şi colab.(1o) au făcut o scală polidimensională cu 16 itemi care după analiza sa ar permite să pună în evidenţă 3 factori: disforia, tristeţea exprimată, tocirea afectivă.In aceşti parametri anhedonia apare ca un semn discontinuu şi caracteristic decît pentru o minoritate de cazuri cu depresie.

Anhedonia în sfera tocirii afective, ca referinţă şi conţinut al acestei noţiuni, a fost menţionat de unii autori în relaţie sa cu modelul cognitiv al depresiei.In acest fel ar constitui o scădere a unei capacităţi ce poate însoţi depresia asociată anhedonică (Ferster,Castello, Askiskal, Mac Kinney)(14). Pentru alţi autori şi opinii diferite, anhedonia este considerată ca un simptom fără o valoare particulară pentru depresie (A.T.Beck, M.Seligman,P.Lewinsohn, A.Lazarus)(14).De asemeni pentru W.Lutzemberger şi col.(13)(1983) doar numai o parte din cazurile de depresie ar prezenta un scor ridicat pentru scala

anhedoniei fizice a lui Chapman.

Totuşi în clasificările actuale anhedoniei i se atribuie un rol important. Astfel în afara cazurilor de depresii endogene, a melancoliei, sînt menţionate şi alte forme de depresie.

Anhedonie apare deci ca unul din criteriile de diagnostic din DSM III în episoadele depresiei majore, ca şi în dispoziţia disforică, ca şi în cele distimice şi ciclotimice. Ele apar însă în aceeaşi formă şi în DSM III-R. După CIM-9 anhedonia nu apare citată în cazul psihozelor afective şi a depresiei nevrotice, dar este în schimb menţionată în neurastenie (28,29).

In acest caz neurastenia este caracterizată prin disconfort, iritabilitate, cefalee, depresie, insomnii, tulburări de concentrare şi anhedonie.

Anhedonia ca simptom fundamental al unor diferite depresii exprimă cu siguranţă diferitele puncte de vedere privind clasificările şi criteriile de diagnostic ale acestora. In cadrul acestora D.F.Klein (1974) a tentat o revizuire a conceptului de depresie pe care ar fi definit-o ca endogenomorfă, ca tulburare afectivă periodică, unipolară sau bipolară, opuse unor depresii reacţionale şi nevrotice(11). Depresiile endogenomorfe s-ar caracteriza prin anhedonie, iar etiopatogenic s-ar presupune ipoteza unei inhibiţii a centrului plăcerii. Această opţiune este reluată şi în DSM III, anhedonia fiind considerată necesară diagnosticului depresiei majore, faţă de cel de melancolie. Tendinţe mai recente (J.Farvet şi colab.,1983 şi 1984, P.Hardy şi colab.1986) au reluat apoi opţiunea iniţială a lui D.F.Klein.Dar acest concept elaborat de D.F.Klein, a fost omis în DSM III-R întrucît anhedonia nu devenea necesară ca o formă melancolică a depresiei majore (14).

Totuşi unii autori, cum este J.Davidson şi colab.,(1984) comparînd criteriile de diagnostic ale melancoliei şi depresiei endogene evidenţiază anhedonia ca un criteriu de diagnostic cuprins în alte 4 sisteme utilizate (cum este DSM III, R.D.C., Michigan Discrimant Index, Endogenomorphic Depression Scale(4).

Analiza psihopatologică, în semnificaţia sa clinică, semnalează aspecte tipologice şi de diagnostic diferenţial deseori dificil pentru precizarea complexă şi diferită a depresiilor. Se explică în acest fel preocupările diferite şi deschiderea continuă a depresiilor. Astfel M.A.Young şi colab.(1986) au examinat validitatea celor două,subtipuri de melancolie majoră

(melancolia din DSM III şi depresia endogenă din RDC) şi a putut evidenţia alte încă două subtipuri de depresie majoră (27). In aceste încă două categorii clinice şi anume: depresia cu anhedonie, (care în afara acesteia s-ar exprima printr-o lipsă de reactivitate şi o dispoziţie disforică) şi apoi, depresia cu simptome vegetative,(caracterizate de insomnii şi scăderea ponderală în greutate). Aceste diferenţieri clinice tipologice au făcut pe unii autori ca G.A.Hibbert (1984) să considere anhedonia şi simptomele vegetative însuşiri ce nu ar putea deţine valoarea unui ansamblu tipologic sau clinic comun (9). Depresia majoră cu anhedonie ar putea să corespundă depresiei endogenomorfe, a lui Klein, ca şi depresiei autonome, după opinia lui J.C.Nelson şi coleb.(198o).Caracterul acestei dihodonii a depresiilor majore, a particularităţilor semiologice ar oferi o mai corectă structurare decît opoziţia dintre endogen şi nonendogen sau dintre melancolie şi nonmelancolie. Si am putea astfel constata în cadrul depresiilor aspecte semiologice,sindromatice şi clinico tipologice ce suscintă interesul unor detaliate analize psihopatologice(16).

Anhedonia, în unele cercetări a putut fi considerată ca o trăsătură stabilă de personalitate capabile să dezvolte diferite stări patologice.

Personalitate schizotipală după formularea iniţială a lui S.Rado (1956) şi alţi autori, cum este P.Maehl (1962,1973) au dezvoltat noţiunea de schizotipie ca o organizare a personalităţii cu predispoziţie către o evoluţie schizofrenică (1o,15). Schizotipia ar fi deci caracteristică unor 4 trăsături cum ar fi: anhedonia,ambivalenţa, distorsiunea funcţiilor de cunoaştere, aversiunea faţă de relaţiile interpersonale.

Ipotezele privind predispoziţia către schizofrenie au fost considerate ca o verificare a stării de anhedonie fizică şi a celei sociale făcute de scala lui Chapman. După elaborarea acestei scale alţi cercetători, în cursul unor diverse protocoale, au prezentat subiecţi cu un scor ridicat al scalei de anhedonie fizică cu subiecţi avînd un scor scăzut, dar toate cazurile au putut fi considerate îndemne la tulburări psihice.

W.Edelle şi L.Chapman (1979) au considerat la subiecţii cu scor crescut al scalei de anhedonie, dar la testul Rorshach cele mai ridicate răspunsuri observate la schizofreni, faţă de subiecţii ce au prezentat numai scale scăzute(5). La cazurile cu trăsă-

turi anhedonice au fost considerate mai izolate social,cu un interes scăzut heterosexual şi cu prezentarea unui scor crescut de caractere schizotipale (după scala de psihoticism a lui Eysenck, scala de schizofrenism a lui Nielsen şi Peterson, profilul de tip 2-7-8 depresie, psihastenie, schizofrenie a M.M.P.I. decît faţă de subiecţii hedonici.

O altă dimensiune psihofiziologică plasează studiul clinic la cercetarea indicilor comportamentali şi electrofiziologici (timp de reacţie, ECG şi EEG, potenţial evocate, senzoriale şi cognitive) la subiecţii caracterizaţi de scoruri crescute în scala anhedoniei fizice a lui Chapman şi supuse unor diferite protocoale mentale.

Aceste rezultate ar pune în evidenţă observaţii asemănătoare cu cele ale cazurilor de schizofrenie, ceea ce ar constitui un argument indirect de validare al noţiunii de schizotipie şi în consecinţă o confirmare al scalei de anhedonie fizică a lui Chapman.De altfel Bernstein şi colab.(1987) pe o aceeaşi bază, acceptă o formă particulară de predispoziţie de schizofrenie, constituită de absenţa motivaţiei exprimată prin conduite de izolare şi alte trăsături negative(2).

Personalităţile predepresive, alături de cele descrise ca trăsături schizotipe, se mai referă şi la acele cazuri cu o capacitate hedonică slab exprimate şi care pot dezvolta o depresie de tip endogenomorf.

Observaţii experimentale de psihofiziologie au tentat să evidenţieze la cazurile considerate de normalitate, dar cu un scor crescut al scalei de anhedonie fizică a lui Chapman, unele deficite faţă de cazurile examinate avînd un scor slab, faţă de schimbările de relaţie şi circumstanţe. Astfel s-au elaborat diferite ipoteze privind interpretarea acestor deficite ce ar putea privi cazurile de anhedonie ca o aptitudine mai puţin sensibilă la plăcere, ca răspuns faţă de solicitări şi relaţii.Sursa acestor stări depresive s-a orientat şi către incapacitatea de săvîrşire a operaţiunilor cognitive sau eventual ca rezultante ale unor experienţe succesive ale lipsei de control a unor situaţii mobile, schimbătoare. S-au cercetat astfel de Pierson şi colab.(17) un grup de cazuri caracterizate puternic, cu anhedonie, în prezenţa unor atitudini disfuncţionale comparativ cu alte cazuri ce deţin un scor scăzut.Examinările au fost făcute de diferiţi indici de activare fazică şi tonică,(cum ar fi EEG,

ritmul cardiac,timpul de reacţie), înregistraţi în cursul stimulărilor auditive sau a celor neutre, fie valenţelor afective obţinute în cursul experienţei însăşi sau celor asociate de reuşită sau eşec în cursul unor probe de învăţare.

După opinia autorilor citaţi, cazurile anhedonice cu atitudini disfuncţionale se disting de alte cazuri, prin hipervigilenţă, hiporeactivitate la stimuli afectivi, o mai mare activitate în regiunile frontale la situaţii neutre. In acest sens anhedonia pare a reacţiona la situaţii neutre, aşa cum fac cazurile hedonice la situaţiile afective (16).

In însă alte cercetări, cum sînt cele ale lui Loas G.(4), cazurile de anhedonie cu atitudini disfuncţionale sînt tratate după reuşita sau eşecul atribuit condiţiilor aşa cum ar corespunde ele stimulilor cu veloare afectivă. In cursul condiţionărilor cazurile cu anhedonie tratează situaţiile de eşec în mod diferit faţă de cei hedonici. La observaţiile stabilite de cercetarea menţionată, cazurile cu anhedonism fiind hipersensibile la situaţiile negative, ar pune prompt în funcţie mecanismele de apărare şi tratează informaţiile în mod automat cu un minimum de activare posibilă.

CITEVA OBSERVATII SAU PROIECTII ACTUALE IN PSIHOPATOLOGIA CLINICA. Comentariu asupra anhedoniei proiectează o dimensiune asupra criteriologiei clinice în stări psihopatologice de o diversitate ce se poate referi la forme de schizofrenii, stări depresive, structurări disarmonice sau chiar agravări reactive psihotice.

Termenul de anhedonie elaborat de Th.Ribot şi treptat însuşit în clinică pînă la valoarea de criteriu semiologic serveşte a fi de o amplă şi particulară expresie a patologiei mentale lipsite însă de simplificare lineară.

Complexitatea acestui termen exprimă şi propune să valideze multimodal aspecte biomedicale de opinii diferite, instrumentări psihofiziologice şi genetice, de sociocultură sau chiar evaluarea comparativă a unor tradiţii medicale ce diferă sau aparţin unui model clinic însuşit.

Studiul clinic de psihopatologie constituie în acelaşi timp un îndemn continuu de cercetare şi asistenţă a bolnavului ca persoană şi personalitate distinctă, existenţială,psiho sau patoplastică şi uneori cu o proiecţie competent credibilă, de toleranţă şi proiecţie a condiţiei sale medicale şi de viaţă.

Comprehensiunea medicală, sensibilă şi competentă se verifică şi reverifică mereu printr-o amplă instrumentare, pacienţă activă şi vigilă şi îndeosebi derită de prejudecăţi schematizante.

Psihopatologia clinică nu poate fi numai biologică sau numai psihologică (inclusiv psihometrivată şi scalară) dar în limitele performante ale cunoaşterii, este integrativă şi proprie condiţiei noastre umane.

Anhedonia, în acest sens este mai mult decît un termen lexical, ci exprimă o căutare de precizare diferenţiată a anevoioasei înţelegeri şi asistenţe a patologiei mentale şi a bolnavului în aceste limite de identificare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Andreasen N.G.: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), The University of Iowa, 1981
2. Bernstein A.S., Reitel A.: Psychophysiological Reponse Patterns in College Students with High Psysical Anhedonia: Scores Appear to Reflect Schizo typy Rather there Depression, Biol.Psychiatry, 1987, 222, 829-847.
3. Bleuler E.: Dementia precox oder Gruppe der Schizophrenien, Deuticke, Leipzig, 1911
4. Davidson J., Turnbull C., Strickland R., Belyea M.: Comparative Diagnossis Criteria for Melancolia and Endogenous Depression, Archgen.Psychiatry, 1984, 41, 506-511.
5. Edell W., Chapman L.: Anhedonie, perceptual Aberrarration and the Rorshach, J.of Consult.and Clin.Psychol., 1979, 47, 377-384
6. Gorgos C.(red.): Dicţionar enciclopedic de psihiatrie, Ed.Medicală, Bucureşti, 1987, 1, 2ol
7. Guiraud P.: Psychiatrie clinique, Le françois, Paris, 1956
8. Guelfi J.D., Boyer P., Consoli S., Oliver Martin R.: Forme cliniques de la schizophrenie (In Psychiatrie), ed. P.U.F., Paris, 1987
9. Hibbert G.A., Teasdale J.O., Spencer P.: Convariation of Depressive Symptoms over Time, Psychol.Med., 1984, 14, 451-455

10. Jouvent R., Hardy P., Bouvard M.,Braconnier A.,Roumengous V., Grasset F.,Widlöcher D.: L'hétérogénéité de l'humeur dépressivem construction d'une échelle polydimensionnelle, L'encéphale, 1987,13,233-237

11. Klein D.E.: Endogenomorphie Depression: A Conceptual and Terminological Revision, Arch.Gen.Psychiatry, 1974,31,447-454

12. Kraepelin E.: Psychiatrie: 1896 (5 Aufl.),1899 (6 Aufl.), 1904 (7 Aufl.), 1909-1915 (8 Aufl.),Bearth, Leiptig

13. Lutzemberger W., Elbert T.,Rockstoh B., Birnbaumer N., Stegagno L.: Slow Cortical Potentials in Subiects with low Scores on a Questionnaire Measuring Anhedonia and Body image distortion, Ann.N.Y.Acad.Sci.1984, vol.425,598-602.

14. Laoas G.,Pierson A.: l'Anhédonie en psychiatrie, Ann.Méd. Psychol., Paris,1989,7,705-717

15. Meehl P.: Psychodiagnosis - Selected Papers, Univers,of Minnesota Press.,1973

16. Nelson J.C., Charvey D.S.,Quinlan D.M.: Characteristic of Autonomous Depression,J.of Nervous and Ment. Dis.,1980,168,637-643

17. Pierson A., Ragot R., Ripeche A.,Lesevre N.:Modifications d'indices d'activation varié en fonction de la valence pau un stimulus chez les subjects anhédoniques et dépressogènes, Neurophysiol.clin., 1988,18,33-49

18.Pirozynski T., Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relațională.Rev.Med.Chir.(supl.)Iași,1989

19.Porot A.: Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique, ed.PUF,Paris,1965

20.Rado S.: Psychoanalysis of Behavior:Collected Papers,Grune an Straton Inc.,1956

21.Ribot Th.: La psychologie des sentiments, Félix Alcan.,Paris, 1896

22.Schuck J.,Leventhal D.,Rothstein E.,Irizzarry V.: Physical Anhedonia and Schizophrenia, J.of Abnorm.Psychol,1984,93,3,342-344

ASPECTE ACTUALE ALE DEPRESIILOR REZISTENTE LA TRATAMENT

GH.GRECU, MARIETA GRECU GABOS, IOSIF GABOS GRECU

Entuziasmul indus la progresele remarcabile ale farmacoterapiei stărilor depresive, a dus la renunţarea pripită la convulsio-terapie, cu toate că în multe stări psihotice şi mai ales în depresiile majore (cu risc autolitic ridicat) ea rămîne încă una din soluţiile salvatoare (1, 3-5,17,20,21). După anul 1981 convulsioterapia începe să-şi recapete un loc mai restrîns şi eficient în arsenalul terapiei psihice. Semnalăm faptul că deşi prin utilizarea antidepresivelor (în combinaţie între ele sau cu neuroleptice şi preparate adjuvante, adecvate stării psihice şi somatice a depresivilor) s-a atins o cotă înaltă de succese totuşi aproximativ 15-25% din bolnavi prezintă o rezistenţă terapeutică cu un mare risc suicidal, în special în depresiile endogene şi tardive.

Cauzele acestei rezistenţe pot fi reprezentate fie de un diagnostic greşit şi mecanismul de acţiune al antidepresivelor,fie de structura psihosomatică individuală şi de „non-complianţa terapeutică".

In acest context cunoaşterea vieţii pacientului depresiv cu absenţa sau prezenţa unor implicaţii eredo-familiale, profesionale şi socio-economice, constituie primul pas, iar al doilea îl reprezintă stabilirea diagnosticului fenomenologic şi clinic. Aceasta presupune şi cunoaşterea dezvoltării longitudinale (biopsihice şi relaţionale) a depresivului şi bineînţeles cercetarea transversală a fenomenologiei episodului depresiv.

In clasificările actuale, stările depresive sînt considerate referitor la trei grupe mari: psihogene,somatogene şi endogene, după cum rezultă şi din utilizarea lor în clinica noastră:

Predominant psihogene

- Depresii reactive; (pe durată scurtă sau lungă)ICD-10
- Depresii nevrotice; (distimie sau nevroza depresivă DMS-3-R)

——— Depresii psihogene

- Depresii de epuizare;
- Depresii organice
- Depresii simptomatice;

——— Depresii somatogene

- Schizodepresia; (psihoze schizoafective pre sau post psihotică)
- Depresii bipolare;
- Ciclotimie recurentă;
- Depresie monopolară;

——— Depresii endogene

Predominant endogene.

Deoarece există combinaţii foarte diferite între aceste forme depresive, este absolut necesar ca la fiecare bolnav în parte să se precizeze cît se poate de exact cauzele multifactoriale pentru stabilirea diagnosticului şi a instituirii unui tratament individualizat cu cele mai bune şanse de reuşită şi profilaxie.

Indiferent de grupa căreia îi aparţine depresia este foarte important ca bolnavul să nu fie tratat doar cu antidepresive care, chiar, dacă rezolvă în mare depresia nu rezolvă psihotraumele, conflictele şi suferinţele organice.De aceea fiecărui caz în parte trebuie să-i acordăm o psihoterapie şi o medicaţie adecvată propriilor dificultăţi şi suferinţe corporale.

Din literatura de specialitate a ultimelor decenii şi din suferinţe noastră clinică (2,10,11,16,18) se desprind unele aspecte importante.Astfel în funcţie de evoluţie,fenomenologie şi răspuns terapeutic putem clasifica depresiile în:

- depresii somatizate;
- depresii cronice şi
- depresii terapeutice rezistente.

Ultimele putînd fi dihotomizate în:

- depresii relativ rezistente şi
- depresii absolut rezistente (majoritatea din ele provenind din depresii endogene tardive, schizodepresii şi depresii mascate nediagnosticate corect şi netratate la timp).

Pornind de la aceste fenomene în ultimele două decenii în terapia depresiilor refractare s-a trecut la administrarea antidepresivelor atît pe cale orală cît şi perfuzabilă (9,13-16,19) obţinîndu-se rezultate bune şi foarte bune la peste 64% din bolnavii trataţi.

Referitor la administrarea perfuzabilă, autorii au elaborat scheme diferite.Astfel Kielholz (14) şi colaborat.(14) propune ca după un prim tratament neuroleptic, să se treacă la per-

fuzarea inteavenoasă a clomipraminei combinată cu maprotilină timp de 10-20 zile. LAUX şi REIMBER (1979) au administrat seara per oral 75mgr.maprotilină şi perfuzabil clomipramină (fiolă 25 mgr.) dimineaţa,începînd cu 50 mgr.şi crescînd doza zilnic cu 25 mgr.pînă în a 7-a zi (175 mgr.), după care reduceau dozele în ordine inversă. Concomitent cu reducerea dozelor perfuzabile, clomipramina (drajeuri) se administra pe cale orală, iar odată cu ameliorarea evidentă (de obicei 12-15 zile) se trecea la o doză de întreţinere de 75 mgr. clomipramină (dimineaţa) şi 75 mgr.maprotilină seara. Rezultatele de mai sus ne-au determinat ca începînd cu anul 1980 să introducem şi în clinica noastră administrarea orală şi perfuzabilă a antidepresivelor.

Material şi metodă:

Incepînd cu anul 1981 am trecut la administrarea concomitentă a antidepresivelor pe cale orală şi perfuzabilă (maprotilină sau doxepin separat sau în combinaţie cu clomipramina), la un număr de 286 depresivi (135 femei- 47,2% şi 151 bărbaţi -52,8%). Pacienţii au fost cuprinşi între limitele de vîrstă de la 25 la 78 ani (vîrsta medie fiind de peste 51 ani).Menţionăm că pacienţii au beneficiat de un tratament cu antidepresive în combinaţie cu neuroleptice, anxiolitice, barbiturice,betablocante şi alte preparate adecvate unor suferinţe fără a obţine o ameliorare bună. La grupa pacienţilor cu depresii de diferite nuanţe nozologice şi fenomenologice, nu s-au pus în evidenţă suferinţele care să contraindice utilizarea acestor metode terapeutice.-

Valorile medii ale TA înainte de perfuzarea antidepresivelor erau de 130/75 mg/Hg.,iar după perfuzare au scăzut la 110/65 mm. Hg.Am avut şi 16 cazuri la care TA a depăşit limitele fiziologice (caracteristice vîrstei) situaţii în care am apelat la antihipertensive. La bolnavii cu depresii dominate de anxietate cu punct de plecare somatic, deşi asocierea betablocantelor (propanolol şi trasicor) a diminuat mult anxietatea, la 16 pacienţi în vîrstă de peste 60 ani, din cauza instalării bradicardiei am sistat administrarea acestor preparate.

La majoritatea acestor bolnavi fenomenologia psihopatologică dominată de inhibiţie sau nelinişte psihomotorie) se îmbină cu numeroase alte acuze somatice de tip hipocondriac.

Odată cu precizarea diagnosticului de depresie relativ rezistentă la terapia cu antidepresive am trecut la o nouă reexamina-

re, reinvestigare şi bineînţeles la un nou plan terapeutic înlocuind în primul rînd antidepresivele care anterior le-au fost administrate în medie 3-4 săptămîni fără rezultate.

Dacă după alte 3 săptămîni, de administrare a unuia sau a două antidepresive fără a obţine rezultatele dorite, considerăm că avem în faţă o depresie absolut rezistentă şi în consecinţă am trecut la administrarea lor perfuzabilă (maprotilin şi clomipramină), în 250 mml. glucoză 5% sau în soluţie salină fiziologică concomitent cu administrarea şi a unor antidepresive adecvate pe cale orală şi chiar a altor preparate (neuroleptice,vitamine) acompaniate şi de psihoterapie.

In realizarea schemei terapeutice ne-am orientat după fenomenele psihopatologice dominante.In acest sens,în cazul depresiilor întîlnite în schizofrenii am asociat antidepresivelor şi un neuroleptic cu acţiuni uşoare anxiolitice şi antidepresive Tioridazină, Fluanxol,Levomepromazin.

La 45% din bolnavi paralel cu administrarea orală a antidepresivelor şi a unor neuroleptice sau tranchilizante cu acţiuni hipnotice, am apelat şi la 10-20 de perfuzii cu un singur antidepresiv în timp ce la restul de 55% în soluţia perfuzabilă au fost introduse două antidepresive în special maprotilină (cu efecte noradrenergice) şi clomipramină (cu acţiune serotoninergică) în doze cuprinse între 25-75 mgr.Durata perfuziilor a fost în medie de 60' după care bolnavii se odihneau aproximativ o oră timp în care paralel cu evaluarea efectelor terapeutice şi secundare se făcea şi o psihoterapie adecvată.-

Rezultate şi discuţii:

Prin administrarea perfuzabilă şi orală a antidepresivelor după 20-30 zile de tratament am obţinut rezultate bune şi foarte bune într-un procentaj de 60,4% din totalul bolnavilor cu depresiile refractare.

Menţionăm că la aproximativ 5% din bolnavi am administrat şi un precursor al serotoninei: hidroxitriptofanul (200-300 mgr. seara), sau deprivarea de somn de două ori săptămînal.La restul de 39,6%, la care rezultatele terapeutice au fost nesemnificative am asociat antidepresivelor şi 3-4 şedinţe de electroconvulsioterapie metodă care încă de la introducerea ei în practica clinică (1938) s-a dovedit a fi una dintre cele mai eficiente în terapia stărilor depresive, dar odată cu introducerea anti-

depresivelor şi-a redus mult sfera aplicabilităţii; rămînînd şi azi în special în cazul depresiilor profunde şi grave, rezistente la antidepresive şi cu risc autolitic crescut, o intervenţie terapeutică de elecţie (3,6).

Dacă între anii 1968 şi 1980 în cazul pacienţilor în vîrstă de peste 55 ani cu depresii melancoliforme grave fără nici un răspuns pozitiv cu medicaţia cu antidepresive, anxiolitice şi convulsioterapie şi cu o tendinţă evolutivă evidentă spre somatizare şi cronicizare apelăm la „psiho-chirurgie" de tip Hirose; de la introducerea terapiei perfuzabile cu antidepresive combinată (în cazurile mai rebele şi cu riscul autolitic cu electroconvulsioterapie (protejată medicamentos), nu am mai avut cazuri care să necesite intervenţii psihochirurgicale.

In acest sens remarcăm faptul că la cei 39,6% depresivi cu rezultate terapeutice slabe şi cu risc autolitic ridicat prin administrarea concomitentă cu antidepresivele perfuzabile şi a 4-5 şedinţe de convulsio-terapie am obţinut încă 33,9% din depresivi, ameliorări bune ceea ce împreună cu restul de 60,4% reprezintă un procentaj de 93,3% de ameliorări bune şi foarte bune, în timp ce la restul de 6,7% rezultatele au fost slabe.

Ineficienţa terapiei, chiar cu ameliorări bune, dar de scurtă durată şi cu recidive rapide după convulsioterapie se datora mai multor factori, şi anume:

- erori de diagnostic, în special în cadrul depresiilor mascate tratate timp îndelungat în alte servicii medicale, facilizînd astfel somatizarea şi însuşirea unui comportament patologic greu de înlăturat.

- vîrsta înaintată dublată de pierderea persoanelor apropiate, a bunurilor materiale, a rolului social, a autostimei, a forţelor fizice şi psihice, a dorinţei de a ieşi din situaţia în care se află (trăind dureros fenomenologia „sindromului cuibului gol", a lui „Damocles" sau al „Penelopei");

- existenţa unor stări conflictual stressante şi epuizante, fără nici o perspectivă a înlăturării şi depăşirii lor;

- dependenţa economică şi/sau afectivă şi incertitudinea zilei de mîine;

- conflictele intrafamiliale (separare, divorţ) şi/sau la locul de muncă;

- suferinţe organice mai mult sau mai puţin incurabile;

Scanned with OKEN Scanner

- tulburări metabolice şi drog-dependenţe dublate de perturbare mecanismului de acţiune al antidepresivelor;

- particularităţile biochimice şi psihosomatice ale individului;

- noncomplianţe.

Avînd în vedere cele de mai sus, putem confirma că prin aceste metode şi mijloace terapeutico-antidepresive combinate am obţinut rezultate bune şi în aşa zisele depresii rezistente la tratament. Efectele terapeutice superioare ale administrării perfuzabile ale clomipramidei şi maprotilinei se datoresc în primul rînd mecanismelor de acţiune farmaco-biochimice diferite.Astfel, în timp ce maprotilina are un efect noradrenergic,Clomipramina are un efect serotoninergic şi în al doilea rînd datorită introducerii lor direct în circulaţia sanguină.

Administrarea ludiomilului vesperal, pe lîngă efectul sedativ eutimizant şi relaxant psihomotor este şi un inductor al somnului, situaţie în care putem renunţa la administrarea hipnoticelor.

Deja după primele perfuzii pacienţii au devenit mult mai relexaţi şi numai în cazurile izolate au apărut efecte indezirabile (uscarea mucoaselor, oboseală, somnolenţă diurnă, ameţeli,tahicardie şi extrasistole; în ultima situaţie, administrarea a 40 mgr. propanolol a înlăturat aceste fenomene).In cazul în care după perfuzii bolnavii rămîneau una sau două ore în pat,efectele secundare cardiovasculare nu-şi mai făceau apariţia.

Eficienţa terapeutică, mai rapidă,obţinută cu doze mai mici de antidepresive se datorează faptului că prin perfuzarea lor se ocoleşte calea digestivă şi ficatul (căi de tranziţie în care o parte din preparate se pierd şi sînt metabolizate),ajungînd prin intermediul circulaţiei direct în sistemul nervos.Prin combinarea antidepresivelor cu neuroleptice (Tioridazin,fluanxol, trifloperazină,haldol etc.) se ajunge la prelungirea concentraţiei lor plasmatice, iar printr-o perfuzare lentă efectele secundare sînt minime (7,8,12,14,15,22).

Alături de administrarea perfuzabilă a antidepresivelor combinate cu neuroleptice, de un real folos s-a fost mult discutata convulsioterapie şi în special în depresiile majore, trenante şi cu risc autolitic ridicat.Combinarea acestor modalităţi terapeutice s-a dovedit a fi eficientă şi în unele cazuri salvatoare.

Concluzii:

Depresiile rezistente la terapia cu antidepresive constituie o problemă cu care psihiatrii se confruntă destul de des. Dintre factorii incriminaţi în ineficacitatea antidepresivelor întîlnită la aproximativ 30-40% din depresivi, amintim erori de diagnostic, alegerea, durata şi dozarea incorectă a preparatelor şi noncomplianţa.

Diagnosticarea corectă şi cunoaşterea profilului acţiunii antidepresivelor ne uşurează găsirea şi individualizarea terapiei fiecărui depresiv în parte.

Administrarea perfuzabilă şi orală a antidepresivelor combinată cu neuroleptice sedativ-anxiolitice, precum şi cu alte mijloace terapeutice adecvate fiecărui depresiv în parte (psihoterapie) contribuie în mare măsură la ameliorarea şi vindecarea depresiilor, reducînd în acelaşi timp sfera de acţiune a convulsioterapiei.

După perfuzii pacienţii depresivi devin mai liniştiţi cu o complicanţă mai bună, accesibili psiho şi socio-terapiei.

Convulsioterapia rămîne încă eficientă şi chiar salvatoare în depresiile majore refractare la antidepresive şi cu un risc suicidal ridicat.

Ambele metode utilizate raţional sînt eficiente, dar ele necesită să fie dublate de psihoterapie, relaxare (masajul gîtului şi umerilor), gimnastică de grup.

Diagnosticarea corectă şi instituirea unei terapii individualizate contribuie din plin la ameliorarea şi vindecarea pacienţilor depresivi ce suferă de cea mai chinuitoare şi dureroasă tulburare psihică.

Alegerea antidepresivelor, psihoterapiei şi a altor mijloace terapeutice se va face în raport direct cu aspectele fenomenologice, iar terapia instituită şi adaptată mereu la starea bolnavului se va continua încă o perioadă de timp (în funcţie de nozologie şi alţi factori conjuncturali) în scop profilactic, chiar după disiparea fenomenelor depresive. Numai în acest fel vom reuşi să obţinem o „restitutio ad optimum" cu o reabilitare socio-profesională aproape sau chiar identică cu cea anterioară îmbolnăvirii.

Odată cu dispariţia simptomelor depresive, apariţia optimismului şi încrederii în sine fără a se reduce dozele de antidepre-

11. Helmchen H.- Symptomatology of therapy-rezistant depression. Pharmakopsychiatry,1974,7:967-980.

12. Helmchen H.& Muller B.- Die Kombination von Antidepressiva mit anderen Medikamenten.1981.Fortschr.Neurol. Psychiat.49:371-379.

13. Heuser B.& Middendorf - Kombination zweier Vergleichsformen von Ludiomil-Infusionstherapie/Orale Behandlung. Krankenhausarzt,1979,52:181-184.

14. Kielholz P.,Terzani S.&Gastpar M.-Behandlung der therapie-resistenten Depressionen.Deutsche Med.Woehenschr. 1978,1o3:241-243.

15. Kielholz P.&Adams C.- Vermeidbare fehler in Diagnostil und der Depression.Dtsch Arzte-Verlag,Köln,1984.

16. Laux C.-Kombinierte Depressionstherapie mit Clomipramine parenteral und Maprotilin oral.Therapie Woche.1980, 30:4310-4314.

17. Markowitz J.,Brown Sweeney J.& Mann J,-Reduced length and cost of hospital stay for major depression in patients treated with ECT.Amer.J.Psychiatry, 1987, 144:1o25-1o29.

18. Pichot P.-Therapy resistant depression.Pharmacopsychiatry. 1974,7:80-84.

19. Radmayr E.-Die infusionsbehandlung de Depression.Wien.med. Wschr,1971,121:422-427.

20. Reimer F.& Lorenzen D.-Die Elektrokonvulsionsbehandlung in psychiatrischen Liniken.Nervenarzt.1981,52:554-556.

21. Rifkin A.-Ect versus tricyclic antidepressants in depression. J.Clin.Psychiatry,1988,49:3-7.

22. Wirz J.A.- Biomedical studies in depression.Neuropsychobiology,1977,94:199-204.

Cuvinte cheie:
- Depresii rezistente
- Tratament

ASPECTE ACTUALE IN PSIHOPATOLOGIA CONDUITELOR AGRESIVE INDUSE PREDOMINANT DE ALCOOLISM

P.BOISTEANU

Introducere. Cercetările şi studiile de sinteză consacrate alcoolismului în proiecţia biomedicală şi în cea a disciplinelor conexe a promovării sănătăţii mentale, se referă la identificarea şi cunoaşterea factorilor de risc ce favorizează conduitele psihopatologice induse de alcool (12,18).

Anchetele epidemiologice,statistica medicală şi psihiatria socială semnalează o creştere a consecinţelor biomedicale,psihologice şi economico-relaţionale,datorate consumului de alcool.

Raportul dintre intoxicaţiile etilice şi diverse forme de perturbare a comportamentului relaţional exprimat în aspecte de delicvenţă,hetero- şi autoagresivitate,amplifică problematica actuală de socio-geneză a alcoolismului.Este dificil de exprimat rata prevalenţei alcoolismului, deoarece aprecierile sînt influenţate de factori asociaţi, de particularităţi ecologice,etnice, psihologice şi în general, de tot ceea ce constituie o complexă şi variabilă factorialitate de direcţionare psiho-comportamentală (1,9).

Material şi metodă.Cercetarea aspectelor psihopatologice ia în consideraţie individualizarea şi implicaţiile sale relaţionale, în limitele criteriilor medicale privind capacitatea psihică a fiecărei persoane (7,1o).

Studiul nostru se referă la cercetarea statistico-medicală a unui eşantion de 200 cazuri cuprinzînd persoane adulte cu antecedente de intoxicaţie etilică psihocomportamentală şi medico-legală avînd un diagnostic precizat prin cercetare clinică în spitel în perioada 199o-1992.

Statisticile medicale evidenţiază pentru alcoolism o morbiditate de circa şapte ori mai mare în cazul sexului masculin, în consens cu rezultatele noastre ce arată o netă prevalenţă a bărbaţilor în raport cu femeile (12,15).La examinarea medicală a cazurilor pe grupe de vîrstă, alcoolismul apare cu maximă incidenţă la bărbaţii cuprinşi în grupa de vîrstă 2o-39 ani şi la femei între 4o-49 ani.Pentru perioada de vîrstă 5o-69 ani se constată o scădere globală a ratelor marilor băutori, fenomenul de abstinenţă la populaţie de peste 65 ani fiind de peste

50%.In contrast cu alcoolicii tineri, vîrstnicii beau zilnic,însinguraţi, consumînd o cantitate relativ mică de alcool în cursul unui episod. Dintre ei aproximativ 50% au o bogată patobiografie legată de alcool (2,4).

TABEL I.REPARTITIA PE GRUPE DE VIRSTA SI SEX A CAZURILOR DIN LOTUL STUDIAT

Grupe de vîrstă (ani)	Bărbaţi		Femei	
	Nr.cazuri	%	Nr.cazuri	%
20 - 29	69	34,5	4	2
30 - 39	53	26,5	4	2
40 - 49	32	16,0	9	4,5
50 - 59	17	8,5	2	1,0
60 - 69	6	3,0	1	0,5
70 - 79	2	1,0	1	0,5
TOTAL	179	89,5	21	10,5

Se remarcă procentul nesemnificativ al cazurilor de sex feminin, datorat probabil, neimplicării majore a acestora în infracţiuni. Observaţia clinică menţionează disponibilitatea de trecere la act ("le passage à l'acte"), presupunînd particularităţi ale modificărilor de personalitate cuprinse în "personalitatea prealcoolică" ce apare mult mai frecvent pe terenul predispus spre agresivitate al bărbatului.Delicvenţa feminină apare într-o formă mai expresivă în alte tulburări psihice.Existenţa anumitor particularităţi de structură ale personalităţii feminine-emotivitatea, susceptibilitatea şi anxietatea, cu reacţii de feedback la stress şi dezinhibiţie instructiv-emoţională,justifică în unele cazuri excepţionale riscul comportamentului patologic.

S-a constatat în particularităţile relaţiilor familiale,rolul important al alcoolismului, ce poate genera şi întreţine episoadele de agravare reactivă.Asocierea alcoolului într-un asemenea context declanşează comportamente impulsive, dezinhibarea tendinţelor agresive cu potenţial de periculozitate socială (5,8).

Deasemeni, factorii ambientali negativi în care se dezvoltă sau evoluează o persoană în cauză, influenţează adesea determinant instituirea consumului de alcool (13,16).

Tentînd şi o evaluare a raportului invers, adică a efectelor

alcoolismului şi perturbările de personalitate asupra vieţii de familie şi inserării în societate, prezentăm schematic starea civilă a subiecţilor investigaţi.

TABEL II. REPARTITIA SUBIECTILOR INVESTIGATI IN RAPORT DE STAREA CIVILA

Starea civilă	Bărbaţi		Femei	
	Nr.cazuri	%	Nr.cazuri	%
Căsătoriţi	92	51,4	10	47,6
Necăsătoriţi	41	22,9	5	23,8
Divorţaţi	46	25,7	6	28,6
TOTAL	179	100%	21	100%

Procentul celor„căsătoriţi" este relativ scăzut (51%) în cazul bărbaţilor şi mai puţin de jumătate în cazul femeilor (47,6%).Existenţa unui procent de peste 25% divorţaţi pledează relevant în evidenţierea efectelor negative ale alcoolului asupra familiei,acesta avînd un rol,important în geneza conjugopatiilor.

Incidenţa crescută în lotul de cazuri studiat a istoricului familial şi anturajului, evidenţiază influenţa mediului nefast cu tendinţă la alcoolism asupra dezvoltării individuale, un argument ce susţine importanţa determinantă a factorilor ambientali, alături de cei biologici, ereditari şi constituţionali în dezvoltarea personalităţii.

TABEL III.INCIDENTA EXAMINARII ISTORICULUI FAMILIAL SI AL ANTURAJULUI IN LOTUL DE CAZURI STUDIAT

	BARBATI		FEMEI	
	Nr.cazuri	%	nr.cazuri	%
Istoricul familial	84	42	3	1,5
Anturajul relaţional	37	18,5	1	0,5
TOTAL	121	60,5	4	2

In lotul de studiu 151 (85,5%) bărbaţi şi 12 (1,5%)femei beneficiază de inserţie profesională stabilă, fiind integraţi în activităţi productiv-lucrative.

Intr-o proporţie mai mică, dar într-o incidenţă relevantă în apariţia alcoolismului pot fi incriminaţi şi factorii psihoprofesionali: dificultăţi şi eşecuri în realizarea conduitelor

profesionale, schimbări nedorite şi nesvenite la locul de muncă, frustrări permanente în sfera activităţilor profesionale, eşecuri şcolare, situaţii conflictuale la locul de muncă, nevetismul, neînţelegeri cu organele ierarhice. In unele situaţii, instalarea şi menţinerea consumului abuziv de băuturi alcoolice este aparent justificată, îndeosebi la bărbaţi prin încurajări din partea microgrupurilor profesionale sau de aferenţă afectivă (antura j), sau instituire prozelită indusă apoi prin adiţionare habituală.

Repartiţia subiecţilor din lotul studiat în funcţie de mediul de proveniență - rural sau urban - arată o egalizare a raporturilor dintre cele două medii: 91 (48,5%) bărbaţi şi 10 (1,5%) femei din mediul urban faţă de 88 (48%) bărbaţi şi 11 (2%) femei din mediul rural.

Mai relevante sînt datele oferite de analiza repartiţiei cazurilor în funcţie de gradul de şcolarizare. Cei cu studii elementare sau neşcolarizaţi, reprezintă majoritatea grupului de delicvenţă asociată alcoolismului.

TABEL IV. REPARTITIA CAZURILOR IN FUNCTIE DE GRADUL DE INSTRUIRE PROFESIONALA (număr de cazuri):

- neşcolarizaţi 26 cazuri -13% ; - studii elementare 149 cazuri 74,5%; - studii medii 17 cazuri - 8,5%; - studii superioare 8 cazuri -4%.

TABEL V. REPARTITIA PE STRUCTURA SOCIALA SI GRUPE DE VIRSTA

Grupa de vîrstă	Tărani	Muncitori	Pregătire medie	Elevi	Fără ocupaţie
20-29	2	40	2	1	19
30-39	5	50	4	-	14
40-49	13	32	9	-	4
50-59	6	18	-	-	3
60-69	4	6	-	-	1
TOTAL	30	114	15	1	40

Se observă o predominanţă netă a cazurilor de alcoolism la persoanele cu nivel redus de pregătire profesională (aproximativ 90 din cazuri). Gradul de instruire influenţează frecvenţa alcoolismului, dar paradoxal în dinamică alcoolul diminuează capacitatea intelectuală şi fizică, împiedicînd astfel efectuarea unei activităţi corespunzătoare nivelului de pregătire.

S-a urmărit la cazurile examinate aspectele clinice a personalităţii dozarmonice pe fondul căreia s-a dezvoltat consumul

cronic de alcool şi modalităţile de agravare situaţională prin săvîrşirea şi „trecerea la act", constatîndu-se accentuarea disociabilităţii prin dizarmonie sau manifestări negative în afara relaţiilor inter-individuale ce exprimă conflicte sau strustrări dominant-motivaţionale.

TABEL VI. PERSONALITATEA DIZARMONICA DE TIP PSIHOPAT.NUMAR DE CAZURI SI FORMA CLINICA:

- impulsivă 13; instabilă 5; hipertimică 4; epileptoidă 3; constituţională 1; sexopată 1; forme polimorfe şi neprecizate 25;TOTAL 52 cazuri.

Convergenţa tuturor formelor de personalitate dizarminică de tip psihopat este inadaptabilitatea social - funcţională,personalitatea psihopatului structurîndu-se în final ca o personalitate cu potenţial „delicvent".In privinţa formelor clinice de psihopatie instituite se constată predominanţa psihopatiei impulsive (13 cazuri) şi instabile (5 cazuri).In multe cazuri alcoolismul este indus structural de o personalitate dizarmonică,premorbidă, aşa numita „personalitate prealcoolică" cu potenţial delicvent.

In literatură se constată diferite opţiuni sau unele precizări de consens privind o definire a personalităţii alcoolice (7,11). Am tentat identificarea unei constelaţii de trăsături de personalitate cu o prezenţă şi o evoluţie relativ comună unei majorităţi de cazuri cercetate.Astfel studiul personalităţii premorbide evidenţiază existenţa unui set de trăsături precursoare ce pot favoriza apariţia alcoolismului.Dintre acestea pe prim plan se situează tulburările de comportament - impulsivitatea şi ostilitatea,anxietatea şi imaturitatea sexuală- simptome considerate a preceda şi predispune la alcoolism.

TABEL VII.TRASATURI PRECURSOARE CE FAVORIZEAZA SI PREDISPUN LA ALCOOLISM SE REFERA LA NUMARUL DE CAZURI EXAMINATE:

- impulsivitate 15 cazuri 7,5%; instabilitatea 7 cazuri 3,5%; anxietatea 6 cazuri 3%; ostilitatea 5 cazuri 2,5%; imaturitatea sexuală 5 cazuri 2,5%; tulburări de comportament 28 cazuri 14%; TOTAL 66 cazuri 33%.

Este dificil, în cazurile examinate de stabilit o diferenţiere a manifestărilor psihocomportamentale primare,anterioare alcoolismului faţă de tulburările induse sau agravate de intoxicaţia etilică, mai ales cînd aceste tulburări exprimă o sumare negativă de factori.Noi am diferenţiat următoarele forme clinice: etilism de durată trenantă fără evidenţe psihopatologice agresive

sau psihotice (60 cazuri),etilism cronic asociat şi agravat prin alte boli somato-viscerale (124 cazuri) şi etilism cronic cu tulburări psihice (48 cazuri).

Structure lotului de cercetare în funcţie de formele de etilism este evidenţiată în tabelul VIII.

TABELUL VIII.

•Etilism de durată trenantă fără evidenţe psihopatologice agresive sau psihotice 6o cazuri; Etilism cronic asociat şi agravat prin alte boli somato-viscerale 68 cazuri; - oligofrenii 42; epilepsii 12; schizofrenie 32; psihoze maniaco-depresive 8; encefalopatii posttraumatice 28; reacţii depresive 2o; psihosindroame preinvolutive 4.

•Etilism cronic cu tulburări psihice 124 cazuri:-degradarea personalităţii 92; forme particulare 32 cu: - beţie patologică 4; dipsomanie 3; delir alcoolic subacut 9; delirium tremens 7; psihoza Korsakov 5; psihoza alcoolică cu elemente de tip demenţial 4.

In cercetarea prezentă am observat o asociere a alcoolismului cu comportamentul sociopat iar intercondiţionarea acestor aspecte se traduc prin scăderea inhibiţiei şi autocontrolului însoţite de inaptitudinea de a folosi experianţa trecută cu ignorarea consecinţelor actelor antisociale comise.

Referindu-ne la riscul comportamental patologic în consens cu alţi autori (13,15) pentru definirea agresivităţii drept o reacţie de adaptare între tendinţele temperamentale egocentrice şi de exacerbare a unor pulsiuni instructiv-emoţionale ale individului pe de o parte şi normele de convieţuire pe de altă parte. Toleranţa scăzută la frustrare determină un nivel mai scăzut al pragului agresivităţii cu orientare către propria persoană sau către anturaj.Creşterea marcată a frecvenţei actelor de violenţă la alcoolici cu imprevizibile consecinţe sociale, readuce în discuţie un set de cauze dintre care menţionăm:

• existenţa permanentă a riscului de beţie acută cu tendinţe spre comportament violent;

• uzul şi abuzul prelungit de alcool poate fi legat de anumite caracteristici individuale, ce pot modifica structura de personalitate;

• alcoolismul, în special cel cronic, determină deprivarea alimentară şi tulburări hipnice, factori generatori ai comportamentului agresiv (14,17).

Studiul tipologiei infracţiunilor comise de subiecţii lotului studiat arată următoarea repartiţie, de menţionat că unii dintre ei sînt implicaţi în mai multe acte antisociale astfel:

I. INFRACTIUNI CONTRA AVUTULUI PRIVAT SI PUBLIC 110 cazuri: furt 96; tîlhărie 5; violare de domiciliu 2; distrugerea avutului personal 3; fals şi delapidare 4;

II.INFRACTIUNI CONTRA VIETII SI INTEGRITATII CORPORALE 31 cazuri. vătămare corporală gravă 9; omucidere 22; tentativă de omor 17; omor din culpă 1; omor calificat 4.

III.INFRACTIUNI CU TULBURAREA RELATIILOR DE CONVIETUIRE SOCIALA 14 cazuri.

. scandal public 12; ultraj 1; infracţiune contra bunelor moravuri 1.

IV.INFRACTIUNI SEXUALE 24 cazuri.

. viol 13; tentativa de viol 9; corupţie sexuală 1; tentativa de incest 1.

V. INFRACTIUNI LA LOCUL DE MUNCA.

VI.ALTE INFRACTIUNI 2o cazuri.

. conducerea autovehiculului în stare de ebrietate 15; fapte penale asociate 5.

Procentul majoritar este deţinut de furtul particular sau obştesc, urmat într-o proporţie îngrijorătoare de omucidere.

Omuciderea ca manifestare impulsiv-agresivă extremă deţine un procent ridicat de cazuri (22 de cazuri) incluzînd şi tentativele de omucidere.Corelînd acest fapt penal cu diagnosticul expertal reiese, din nou,influenţa nefastă a alcoolului ce prin anularea controlului conştient şi inhibator al reacţiilor comportamentale cu eliberarea structurilor subcorticale facilitează modalităţile de săvîrşire şi trecere la act.In privinţa infracţiunilor sexuale (24 cazuri) majoritatea au fost comise în stare de ebrietate obişnuită pe fond de etilism cronic avînd în plus ca diagnostic expertal: psihopatie impulsivă.Există deasemeni numeroase cazuri unde alcoolismul grefat pe fondul altor suferinţe neuropsihice (oligofrenie,encefalopatie posttraumatică,epilepsie etc.) poate explica potenţialul conflictogen crescut al alcoolicilor.

Studiul antecedentelor penale arată existenţa unui set semnificativ de cazuri cu una sau mai multe condamnări în antecedente.Acest fapt corelat şi cu numărul cazurilor de psihopatie diagnosticate evidenţiază importanţa structurilor disarmonice de per-

sonalitate în instalarea consumului cronic de alcool, cu posibilitatea reinterării unor fapte cu caracter antisocial.

Studiul urmăreşte prezentarea unor corelaţii între intoxicaţia etilică cronică şi diverse forme de perturbare a comportamentului relaţional exprimate în acte delictuale, de auto - şi heteroagresiune.

Alcoolul folosit de individ ca psihotrop universal, în funcţie de personalitatea celui ce îl utilizează poate căpăta valenţe psiholeptice sau psihoanaleptice, transformarea sa în psihodisleptic exercită o influenţă nocivă asupra tuturor comportamentelor. La formarea acestor convingeri contribuie prin mesajul său de informaţii sistemul familial şi comunitar, continuitatea unor modele de comportament, aspiraţiile valorice şi dezvoltarea unor experienţe proprii, întotdeauna interferate unor reglementări şi exigenţe ale dinamismului existenţial.

In acest sens cercetarea unei procesualităţi psihopatologice ia în consideraţie multiple referinţe cum sînt cele ale personalităţii şi ale implicaţiilor sale relaţionale, cît şi ale criteriilor comunitare prin care sînt apreciate compatibilităţile integrative. Personalitatea delicventă a adultului structurată din copilărie ca anepatică,grefată de lipsa de instrucţie prin matricile şi construcţiile deviante şi valorizate de consumul alcoolului ce favorizează trecerea la act, precum şi de alţi factori printre care grupul deviant,strada,stigmatizarea sau conjugopatia deţin rolul principal în devianţe şi îngreunează redresarea eficace a comportamentului.

Deoarece există o relaţie între manifestările comportamentale de instabilitate şi impulsivitate şi condiţiile subiective favorizante asociate cu factorii negativi care o întreţin, am tentat o explicaţie secvenţială a proceselor ce favorizează şi declanşează comportamentele deviante în relaţie directă cu alcoolismul cronic.

Considerăm necesare următoarele sublinieri în vederea valorizării tentativelor de precizare a unei criteriologii cuprinzătoare şi veridice:

. Continuarea şi aprofundarea cercetării personalităţii prin folosirea metodelor bioclinice, psihologice şi sociologice, paralel cu precizarea unor criterii de apreciere a capacităţii psihice în funcţie de intensitatea şi semnificaţia actului comportamental, prin limitele sale de destructurare.

. Medicalizarea diagnosticului solicită o clarificare o continuă a noţiunilor, unele fiind formulate explicit, iar altele fiind formulate prin eliminare;

. Rsportarea comportamentului deviant din alcoolism la criteriile sociologice de apreciere ale normalităţii solicită cercetării antropologice pluridisciplinare privind valorile axiologice, şi aria de cultură a unui grup populaţional faţă de care se semnalează existenţa unei deviante în vederea precizării etiologiei alcoolismului, alături de criteriile sociologice şi psihopatologice se impune şi perfecţionarea modalităţilor de explorări biogenetice, medicale şi neurochimie.

Insistăm în spirit civic şi medical cuprinderea biomedicală a cercetării problematice a alcoolismului într-o eficientă asistenţă medico-socială, cu măsuri alternative sau special protective pentru asistenţa bolnavului cu risc disfuncţional faţă de relaţiile de viaţă şi societate.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Adès J.: Les conduites alcooliques, Paris,Doin,1985
2. Belis V.: Aspecte toxicologice clinice şi medico-legale în alcoolism. Edit.Medicală,Bucureşti,1988,1o-7o
3. Boişteanu P., Naum E., Chiriţă V.,Marinescu V.,Pirozynski T.: Markeri biologici în precizarea diagnosticului intoxicaţiei etilice cronice.Semnificaţia gama glutamiltranspeptazei, Rev.Med.Chir.,1989,93,3,491-496
4. Boişteanu P.Naum Elisabeta, Chiriţă V.,Pirozynski T.: Markeri biologici în precizarea diagnosticului intoxicaţiilor etilice cronice - semnificaţia imunoglobulinei A., Rev.Med.Chir.Iaşi,1989,93,4.
5. Cohen M.,Kern J.,Hassett C.: Identifyng alcoholism in medical patiens,Hosp.Com.Psychiat.,1986,37,4,398-400.
6. Cotrău M.: Importanţa izoenzimelor implicate în metabolizarea etanolului, în Psihiatria azi - actualităţi şi perspective în asistenţa bolilor psihice,1985,339-343.
7. Donovan J.: A Etiologic Model of Alcoholism,Am.J.Psychiat., 143,1, 1-11,1986.
8. Léonard B.E.: Ethanol as a Neurotoxin, Biochem.Pharmacol., 1987,36,2o55-9.

9. Pelc I.: Eléments etiopathogénique de l'alcoolisme,Acta psychiat.belg.,1980,80,138-148.
10. Pirozynski T., Luchian Magda, Cosmovici N., Chiriță V., Boișteanu P.: Semnificații psihologice în asistența medicală, Rev.Med.Chir.Iași,1987,91,2,239-245
11. Pirozynski T., Paraschiv V., Gottlieb H.,Păruș N.,Drăghici G. Chiriță V., Boișteanu P.: Scala de evaluare a implicațiilor medicale în alcoolism.Rev.Med.Chir.Iași,1987,91,4, 669-677.
12. Pirozynski T.,Pirozynski Miarka: cercetarea epidemiologică și criteriile de diagnostic în psihiatrie,Rev.Med.Chir. Iași,1987,91,3,455-458.
13. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relațională, supliment Rev.Med.Chir.Iași,1989
14. Rueff B.: L'alcool,les médecine et les neurobiologistes, Médecine Science,1986,4,6,334-336.
15. Scripcaru Gh.: Patologie medico-legală, I.M.F.Iași,1988.
16. Scripcaru Gh.,Pirozynski T.,Astărăstoae V.: Destructurarea comportamentului uman prin perturbarea relațiilor sale integrative.Rev.Med.Chir.1987,91,1,47-53.
17. Stanciu C.: Medicina internă, Ed.Medicală,București,1988.
18. Vayrat J.C.,Gardies A.: Etude psycho-pathologique de 300 cas d'alcoolisme chronique.Ann.Méd.Psychol.,1985,147, 7, 683-693.

Cuvinte cheie:

- Alcoolism
- Conduite agresive

FACTORII BIO-MEDICALI SI RELATIONALI PRIVIND VULNERABILITATEA PERMANENTA: PASI SPRE O ABORDARE MULTIDIMENSIONALA A DEBUTULUI IN SCHIZOFRENIE

R.ANDREI

Secolul XX a fost, fără îndoială, secolul schizofreniei. Maladia mentală gravă,sau construcţie medico-conceptuală a fost individualizată în cîmpul psihopatologiei clinice de către majoritatea autorilor aparţinînd epocilor şi curentelor diferite reprezentînd pentru noi mai bine de 100 de ani, semnificativă paradigmă a alienării.

Printre cei care au atras atenţia asupra acestei topici a fost KURT SCHNEIDER (27), cînd propunea ca o parte din simptomele de „prim rang" să fie regrupate împreună sub conceptul de „permeabilitate" a barierei care separa individul de mediul său înconjurător, prin „ştergerea limitelor EGO-ului".

Similar, într-o serie de articole, STRAUSS (28), conceptualizează esenţa schizofreniei prin prisma interacţiunii între biologic, comportamental şi mediul înconjurător.

INTERACTIUNILE EREDITATE-MEDIU AMBIANT

Contribuţia eredităţii în debutul bolii este pînă acum unul din factorii cei mai studiaţi (LEWIS,MURRAY)(18), dar şi cel mai controversat. Evidenţe în privinţa influienţei geneticii provin din studiile asupra familiilor, a gemenilor, şi asupra adopţiunilor GOTTESMAN şi SHIELD (lo). Riscurile cele mai înalte (45%) care apar la gemenii monozigoţi din care unul are schizofrenie, sau pentru copilul cu ambii părinţi bolnavi, nu poate fi o funcţie a tulburărilor din mediul înconjurător, deoarece ele persistă,chiar dacă persoane cu risc părăseşte familia sa biologică.

BIRCHWOODS şi col.,(1) subliniază faptul că nu există o relaţie directă între gradul de concordanţă şi contribuţie relativa a factorilor de risc genetici şi cei ai mediului ambiant deoarece 2/3 din restul de gemeni non-schizofreni prezintă tulburări de personalitate în grade diferite.

Studiile daneze realizate pe copii adoptaţi au arătat că rata schizofreniei manifeste în rîndul rudelor biologice ale schizofrenilor era 9%, semnificativ mai crescută decît cea a rudelor biologice din lotul de control de 2%. Rata „schizofre-

niilor nesigure" era în mod asemănător mai ridicată în rudenia biologică în timp ce faptul de a fi adoptaţi de o familie în care ambii parteneri sînt schizofreni, nu a crescut riscul developării unei astfel de maladii din partea celui adoptat.Aceste studii pe copii adoptaţi au arătat o influenţă mai puternică din partea factorilor genetici, decît din partea celor familiali sau ambientali.

GOTTESMAN şi SHIELD (1o) au accentuat asupra dificultăţilor de identificare a factorilor ambientali, generatori sau adiţionali în special dacă aceştia din urmă au acţiuni intricate. Estimarea lor arată pentru factorii de mediu o contribuţie de pînă la 30% în diferenţierile individuale a succeptibilităţii la schizofrenie din întreaga populaţie.Pentru acei indivizi care reprezintă extremitatea limitei distribuţiei susceptibilităţii pentru schizofrenie,aproape orice eveniment existenţial sau stresor ambiental poate fi suficient pentru a declanşe boala. In acelaşi timp pentru marea majoritate, care sînt mai puţin predispuşi, intensităţii relativ mari vor fi necesare pentru a avea acelaşi,posibil,efect, deşi nu există vreo evidenţă prin care schizofrenia ar reprezenta un răspuns specific la stress (BIRCHWOOD şi col.)(1).

In egală măsură ereditatea şi mediul sînt necesare,dar nu suficiente cauze la boală, din care ambientalul poate fi specificabil ca fundament de la caz la caz.Acolo unde vulnerabilitatea individuală este mare, schizofrenia poate să apară,chiar dacă evenimentele existenţiale nu sînt mai severe şi nici mai frecvente decît pentru restul populaţiei în general.

Aceasta ar explica multiplele observaţii clinice potrivit cărora boala debutează după un eveniment căruia majoritatea celorlalţi i-ar putea face faţă (de ex.debutul în muncă,de efort, testări şi examinări profesionale, relaţii interpersonale). Alţi stresori participanţi ai bolii ar putea fi cei biologici ca: uzul şi abuzul de droguri, traumatismele craniene, sau infecţiile,deşi ei au cîteodată, o lungă perioadă de latenţă.

Patologia cerebrală este privită ca un proces ambiental mediat; în acest fel un continuum proces presupus a exista între aceşti factori ambientali la un pol şi factorii genetici la celălalt.

Un alt aspect al problemei privind unele suferinţe cere-

brale, chiar minimale, îi reprezintă evidenţierea tomografică computerizată a unor asemeni anomalii găsite cam la o treime din bolnavii cu schizofrenie.Acestea par să reprezinte modificări neurologice precoce (REVELEY şi col.)(24) şi de asemeni pare foarte plauzibil să incriminăm evenimentele perinatale ca fiind procesul acestor anomalii neurologice.Totuşi, LEWIS şi MURRAY (2o) sugerează după datele imageriei radiografice, ale modificărilor cerebrale amintite, că aportul mediului ar fi mai verosibil reprezentat de unice, dar relativ considerabile evenimente (anomaliile organice fiind prezente încă din stadiile precoce ale psihozei şi nefiind evolutive, ar putea fi sechele ale evenimentelor agresive precoce).

Modelul general multifactorial al bolii concepe predispoziţia la boală ca fiind uniform distribuită în rîndul populaţiei şi reprezentînd suum-ul mai multor factori, în egală măsură genetici şi de mediu, fiecare cu un sditiv efect.

SAUGSTAD şi ODEGARD (26) notează existenţa unei susceptibilităţi crescute a sexului masculin spre o supramortalitate neonatală generată de factori similari celor care determină morbiditatea perinatală şi sechelele ei.

Morbiditatea perinatală apare ca un factor de risc în schizofrenie, tulburările fiind mai frecvente la sexul masculin mai ales în rîndul categoriilor defavorizate, ambele observaţii evînd o confirmare clinică.

O posibilă explicaţie a incidenţei crescute observate la sexul masculin, ar fi constatarea la fătul de sex masculin diferenţierea creerului ce durează mai mult timp,astfel încît ea poate fi perturbată de factori de ambianţă ce prezintă o mai mare vulnerabilitate perinatală.

Post natal este puţin plauzibil ca un singur factor să fie necesar şi suficient pentru a declanşa boala psihică, după cum la fel de puţin probabilă este şi posibilitatea de a-l identifica.

Mai curînd există un complex de factori interrelaţionali care instituie îmbolnăvirea la un individ vulnerabil.

CROWN însă (4) formulează ipoteza conform căreia debutul în schizofrenie ar fi determinat de factori genetici sau prenatali, mai curînd decît de factori ambientali acţionînd în perioada post-natală.Un agent patogen (de ex.un retrovirus) ar putea fi integrat în genomul unui individ,fie prin preluarea lui

de la unul din părinţi care a fost bolnav ori predispus, fie prin dobîndirea lui într-o perioadă timpurie a dezvoltării.Acest agent patogen se va manifesta în perioada adultă sub forma unei vulnerabilităţi pentru schizofrenie, iar relevanţa clinică în sensul instituirii sau nu a psihozei, va depinde de experienţa şi factorii din mediul de viaţa al individului.

In prezent nu este posibil să se facă o opţiune fermă între aceste două alternative de explicaţii patogenice,dar în orice caz genomul intercondiţionează cu factorii de mediu, fie ca aceştia intervin prenatal sau postnatal.

INFLUENTE PSIHORELATIONALE

Cele mai recente păreri asupra schizofreniei împărtăşesc ideea conform căreia această afecţiune ar implica o vulnerabilitate bio-psihologică, manifestată ca o sensibilitate faţă de mediu psihorelaţional sau ambiental şi prezentă la indivizii afectaţi chiar şi atunci cînd ei nu manifestă simptome de boală.Din punct de vedere etiologic, factorii ambientali par să influenţeze mai curînd momentul instalării bolii, decît generarea sa (BIRCHWOOD)(1). Sînt cîteva aspecte importante ale influenţei mediului care merită a fi examinate: stressul; evenimentele existenţiale; ambientul instituit; ambientul familial.

STRESSUL Modelele care cauză să explice interacţiunea dintre predispoziţia individuală la schizofrenie şi mediul înconjurător utilizează în general „stresul" ca un concept sub care trăsăturile patogenice ale mediului pot fi subsumate.

In cazul unui individ cu o vulnerabilitate ridicată, experienţa stresantă nu are nevoie să fie prea ridicată pentru a produce boala.EATON şi col.(8) descriu stresul ca fiind produs de efectele randomizate ale circumstanţelor, şi incluzînd în egală măsură evenimente de viaţă şi confluenţe ale condiţiilor psihorelaţionale. Ei consideră susceptibilitatea faţă de stresuri nocive a indivizilor vulnerabili, deci predispuşi la schizofrenie, variază în decursul vieţii, fiind virtual absentă înainte de pubertate. Ea creşte spre adolescenţă şi apoi diminuă progresiv cu vîrsta, ceea ce ar fi în corelaţie cu vîrsta debutului în schizofrenie.

EVENIMENTELE EXISTENTIALE Studiile asupra acestor factori au pornit de la observaţiile asupra unor indivizii vulnerabili la care evenimentele existenţiale pot constitui surse generatoare de stres, care facilitează producerea tulburărilor cognitive

şi ale recăderilor.

Anxietatea şi distimia, în geneza cărora evenimentele stresante de viaţă au fost implicate, par să aibă,spre deosebire de depresie, un rol şi o natură mai limitată în debutul schizofreniei. Dimpotrivă, stresorii de factorialitate ambientală pot precipita atacurile schizofrenice, cînd evenimentele tind să se aglomereze în perioada de 2-3 saptămîni care precede debutul bolii.(BROWN şi BIRLEY) (2). Consecinţele acestor stressuri asupra procesului morbid apar ca fiind independente de nivelul cultural al pacientului.S-a estimat de asemeni la o categorie de pacienţi cu debut acut al bolii, mai puţin de jumătate au fost capabili să relateze evenimente existenţiale care să poată fi puse în relaţie directă cu debutul bolii.Astfel, evenimentele existenţiale constituie numai o categorie singulară a factorilor ambientali relevanţi. Ea ar putea fi asociată cu debutul schizofreniei, fiind descrisă ca „acută" şi diferenţiindu-se de celelalte aspecte ale vieţii cum ar fi cele ale relaţiilor de familie.

Studiile retrospective ale evenimentelor existenţiale nu pot arăta cîţi indivizi cu risc fac faţă unor crize existenţiale similare, fără a declanşa o simptomatologie acută, şi nici nu pot să răspundă la întrebarea dacă episoadele schizofrenice ar fi putut sau nu, să survină înafara expunerii la evenimentele psihotraumatizante.De altfel, „independenţa" evenimentelor existenţiale este dificil de probat deoarece personalitatea unui pacient şi natura relaţiilor sale pot influenţa expunerea sa la stressori (Katsching)(15).Numai cercetările prospective pot rezolva aceste întrebări.

AMBIENTUL INSTITUIT. Studiile lui WING (32) a subliniat o serie de trăsături negative ale mediului instituţionalizat care apare sărăcit în vectori informaţionali, sporind în felul acesta artificial vulnerabilitatea pacienţilor schizofreni.A face un mediu socialmente sărac mai stimulant, poate avea ca rezultat o descreştere a simptomelor negative, o ameliorare şi reducere a handicapurilor secundare. Această ameliorare însă, survine numai în spaţiul unei „ferestre terapeutice", iar dacă stimularea ambientală este crescută peste un anumit nivel, vor începe să apară efecte adverse şi recăderi, în funcţie de gradul de vulnerabilitate.

Astfel,substimularea şi suprastimularea din mediul ambiant par să aibă în egală măsură efecte adverse. Ca şi evenimentele

existenţiale de scurtă durată, presiunile familiale îndelungate constituie stresori care pot interracţiona cu predispoziţia biogenetică în precipitarea simptomatologiei schizofrenice. Nu există nici o evidenţă convingătoare privind pe acei care vor dezvolta în timp schizofrenia şi au avut experienţa unor încercări sociale adverse de o extensie mai mare decît a restului populaţiei. Le fel nici mărimea familiei sau rangul la naştere ar fi semnificative în declanşarea psihozei (HIRSCH şi LEFF)(13).Totuşi, acolo unde un individ vulnerabil a manifestat disturbanţe, reacţia familiei la ele a influenţat comportamentul individual, care la rîndul său l-a influenţat şi pe cel familial.

HOGARTY şi ANDERSON (14) subliniază privitor la condiţiile de stress, fie în ambientul natural fie în mediu instituţionalizat, ele solicită pacientul să elaboreze răspunsuri adaptative la expectate complexe sau cu mare încărcătură emoţională, răspunsul fiind capabil prin el însuşi să precipite decompensarea.La fel diminuînd impactul evenimentelor ambientale, familia sau mediul instituţionalizat acţionează ca un filtru şi poate reduce rata decompensărilor (TARRIER) (29).

FACTORI SOCIO-ECONOMICI.EATON,(8) împarte factorii socio-economici în două categorii:

- mutabili : categorii sociale; statut marital;migraţie)
- imobili:(grup etnic;sex; loc de origine).

Această distincţie pare importantă deoarece există o posibilitate ca acele caracteristici mutabile să reprezinte un rezultat mai mult decît o cauză a tulburării, de aceea acest grup de factori necesită a fi consideraţi cu o prudenţă aparte.

MIGRATIA 50 de ani de studii au produs rezultate contradictorii. Nu există o dovadă clară ca stresul asociat migraţiei este patogenic pentru schizofrenie.Chiar dacă relativ mai mulţi migranţi dezvoltă maladia, aceasta poate fi argumentată convingător datorată selecţiei indivizilor vulnerabili mai mult decît stresului migrării sau al adaptării la un ambiental nou.

Unul din aspectele mai importante ale acestei probleme ar putea fi foarte bine caracteristică migraţiei, voluntara sau forţate, necontrolata sau selectiva.(ROSENTHAL şi col.)(25).

Aspectele sociale. Variaţi factori asociaţi unui nivel socio-economic scăzut pot creşte riscul pentru schizofrenie,astfel mai multe evenimente existenţiale stresante, mai marea expunere la hazardul ambiental, risc mai mare la injurii pre şi postnatală şi

mai puţine resurse de a depăşi aceste dificultăţi.

KOHN (16) a argumentat privind aspectele cognitive ale socializării reduse au şi ele o influenţă patogenică similară,dar evidenţe oferită pentru aceste argumente este echivocă.In orice caz factorii sociali par a juca un rol în precipitarea sau în imprimarea cursului maladiei.

SAUGSTAD şi ODEGARD (26) arată un exces semnificativ al prevalenţei schizofreniei în rîndul categoriilor sociale defavorizate este foarte asemănător cu cel al retardării mintale medii şi ambele pot fi puse în relaţie cu morbiditatea parinatală pentru care este demonstrată o diferenţiere socială.Tendinţele de acumulare a factorilor nefavorabili justifică o prevalenţă ridicată a schizofreniei în categoriile sociale defavorizate,cu toate acestea orice exces aparent urmează să fie examinat,cel puţin iniţial, în termenii unei explicaţii non-etiologice.

FACTORI ECOLOGICI şi DUNHAM,1939,(cit.7) asupra marilor aglomerări ale persoanelor internate cu schizofrenie în CHICAGO,posibilii factori ecologici ai maladiei au fost în mai multe reprize evocaţi.La BRISTOL,HARE (11) considera simptomele prodromale, adesea determină pacienţii să alunece în anonimatul centrelor urbane, dar odată ajunşi acolo, izolarea socială înrăutăţeşte puternic starea lor.La PLYMOUTH,DEAN şi JAMES (6) găsesc o aglomerare critică a internărilor pentru schizofrenie a pacienţilor de sex feminin, adesea aparţinînd categoriilor sociale defavorizate cu o slabă calitate a condiţiilor ambientale şi inabilitatea familiilor de a coopera cu pacientele.DUNHARM (7), consideră inexistenţa dovezii ca schizofrenia să poată fi cauzată de presiuni sociale, în special ambianţa urbană,dar aceste date ar putea fi bine explicate în termen de „mobilitate" şi „selecţie".Spre exemplu, două areale (ambele omogene, din punct de vedere etnic), se caracterizează printr-o rată crescută a prevalenţei pentru schizofrenie peste rata uzuală şi ele sînt peninsula ISTRIA din fosta YUGOSLAVIE şi regiunile vestice ale REPUBLICII IRLANDA.Ambele zone au fost afectate de o migraţie substanţială care în vestul IRLANDEI se întinde pe 150 de ani, şi în cazul acestor areaiuri migraţia selectivă a populaţiei sănătoase pare să fie cauza cea mai evidentă.

Variantele explicaţiei sociologice şi culturale care au fost avansate pentru aceste „enclave" de prevalenţă crescută sînt contradictorii şi nu au fost supuse niciodată unei verifi-

cări. O situaţie destul de asemănătoare a fost identificată în SALFORD, o zonă urbană industrializată din nordul ANGLIEI (FREEMAN & ALPERT (9), unde populaţia a scăzut cu 50% în 50 de ani din 1928, un proces foarte asemănător cu cel din IRLANDA de vest, început mai devreme.Prevalenţa în rîndul populaţiei adulte era în 1974 de 6,8% una din cele mai ridicate şi raportate. O explicaţie ca numărul persoanelor spitalizate pentru schizofrenie, în anul de observaţie, să derive dintr-o populaţie mult mai mare decît cea curentă, în timp ce o alta ar fi de migraţie şi a luat aproape sigur o altă configuraţie.

Prin contrast ariile de imigraţie, de exemplu noile zone suburbane şi noile oraşe, tind să arate o rată relativ scăzută a prevalenţei.

Prevalenţa şi în unele cazuri şi incidenţa crescută asociate somajului, migraţia şi statutul de necăsătorit,sugerează de fapt „un factor genetic populaţional de risc la inabilitate socială cu debutul unor stări de boli previzibile (19).

Declasarea socială şi alienarea începînd de la pubertate, adesea ducînd de la migrarea spre zonele urbane ar fi frecvent observate în rîndul preschizofrenilor de sex masculin.Acest grup de indivizi la care debutul este insidios,tinde să aibă o diagnosticare redusă (BIRCHWOOD & col.)(1).

FACTORI CULTURALI. O serie de studii şi în particular Studiul Pilot Internaţional asupra Schizofreniei,OMS (22) a găsit la întregul curs al schizofreniei date mai puţin severe şi predispuse spre dezvoltări cronice în ţările în curs de dezvoltare, faţă de cele industrializate.Societăţile mai puţin dezvoltate, caracterizate prin familii extinse, îndatoriri agrare simple, mobilitate socială redusă şi un nivel scăzut de agresivitate ambientală ar oferi un mediu cumva asemănător celui descris de WARNER (31), ca modalitate tolerabilă pentru schizofren:„... proiectiv dar nu regresiv, stimulativ dar nu stresant şi amical dar nu excesiv.

"TORREY (30) sugeră industrializarea ca expuneri adiţionale la viruşi şi toxine, care ar putea creşte predispoziţia la schizofrenie prin agresarea sistemului neuronal,lucru perfect posibil, dar nu în toate cazurile demonstrat.

SEZON DE NASTERE. Proporţia de schizofreni născuţi în timpul sezonului de iarnă este mai mare cu circa 10% decît expectanţa şi aceasta se petrece şi în emisfera sudică unde nu există

acelaşi concordanţă a socialităţii cu diviziunea calendaristică, şi indiferent de anul de naştere.

ELLEGARD,(21) pe un studiu de 60.000 pacienţi spitalizaţi, născuţi între 1886 şi 1939 a arătat un surprinzător exces pentru cei născuţi iarna, mai puţin pronunţat pentru pacienţii proveniţi din categoriile sociale înstărite, ceea ce s-a dovedit în acord cu alte cercetări ulterioare.Ipoteza unei „leziuni neuronale" prin care morbiditatea neonatală poate predispune în timp la schizofrenie şi este maximă la cei născuţi iarna, datorită unor factori ambientali, pare cea mai veridică în prezent. HARE 1983 (12) MURRAY & LEWIS,1987 (20) au emis ipoteza unor surse de infecţii virale sau sezonalităţii unor posibile alte complicaţii care pot să survină în timpul gestaţiei sau naşterii.Astfel, anomaliile cerebrale vizualizate tomografic sînt mai comune acelor schizofreni la care se regăseşte o patobiografie caracterizată prin complicaţii perinatale.

Studiile de neuropatologie în schizofrenie (KOVELMAN & SCHEIBEL (17), nu pledează pentru existenţa unui defect neuronal survenit precoce perinatal şi putînd rezulta din astfel de complicaţii.Cu toate acestea rămîne întrebarea cum aceste anomalii pot fi corelate cu debutul psihozei două decade mai tîrziu. MURRAY & LEWIS (2o) sugerează că aşa cum o perioadă de latenţă a fost observată între complicaţiile obstetricale şi debutul epilepsiei sau dischinezie, tot aşa s-ar putea petrece şi în schizofrenie. Astfel leziunile pot rămîne fără expresie clinică, pînă cînd creierul se maturizează suficient pentru a avea nevoie şi de sistemele afectate şi apoi le-ar putea activa. Mecanismul exact al acestui efect rămîne să fie încă stabilit dar anomalii precoce de dezvoltare neuronală pot fi foarte bine unul din multiplii factori de risc.DALEN, 1988 (5) arată o distribuţie sezonieră a naşterii variind cu vîrsta mamei,probabil ca un rezultat a variaţiilor vîrstei fertile, dar posibilele influenţe intrauterine asupra fătului rămîn încă de explorat în corelaţia lor cu schizofrenia.

MODELE DE VULNERABILITATE

ZUBIN 1987 (33) a propus un model de vulnerabilitate în care individul afectat este întotdeauna corelabil cu episoadele de boală sau cronicizare sub impactul factorilor de stres ambientali.CIOMPI 1987 (3) atrage atenţia asupra lipsei noastre de cunoştinţe,asupra interacţiunilor continui care se petrec între

individul vulnerabil şi influenţele stabilizatoare sau destabilizatoare ale mediului ambiant.Diferitele elemente ale „puzzle"-ului schizofrenic au fost combinate în ceea ce CIOMPI numeşte „un model psihobiologic integrativ".El comportă trei faze evolutive centrate toate în jurul noţiunii unei „vulnerabilităţi premorbide şi permanente".

PRIMA FAZA începe odată cu concepţia şi durează pînă la primul episod psihotic acut.Pe parcursul acestei perioade, printr-un proces lent şi complicat, factorii genetici şi eventual perinatali se combină de maniera diferită cu diverşi factori psihosociali,familiali,situaţionali,individuali,defavorabili.

Aceşti factori conduc astfel spre un „teren premorbid" caracterizat printr-o vulnerabilitate particulară care s-ar situa mai degrabă la nivelul „programelor comportamentale" (sau sistemelor de referinţă afective şi cognitive) defectuoase. Vulnerabilitatea se traduce în special prin acea dificultate crescută de manipulare adecvată a informaţiilor complexe în sens larg.

Etapele evolutive existenţiale, cum ar fi adolescenţa sau tinereţea pot să constituie un factor destabilizator deosebit de important prin multiplele solicitări impuse individului (maturizarea afectivă, experienţe sexuale, opţiuni profesionale,ş.a.)

FAZA A DOUA în care acest sistem psihic vulnerabil este finalmente decompensat prin situaţii de supraîncărcare critică, conducînd la apariţia semnelor de agravare progresivă sub forma unei simptomatologii psihotice aşa zis „pozitivă" sau „productivă".

Pe această bază în FAZA A TREIA, constituită de evoluţia pe terman lung, stările psihotice pot fie să dispară definitiv sau să se repete în mai multe reprize transformîndu-se în mod graduăl în stări cronice mult diferite de fazele acute.

Ele sînt mai ales caracterizate de o simptomatologie de tip „negativ". Intr-o perspectivă sistemică acest tablou „negativ" se suprapune unor reziduri de tip „pozitiv", se combină cu efectele negative ale unei marginalizări prelungite şi poate cu o serie de factori biologici încă puţin cunoscuţi.

CONCLUZII:

Interacţiunile complexe între persoana vulnerabilă şi mediu reprezintă una din multele dimensiuni prin care fenomenul schizofreniei poate fi studiat.

Pare evident să apreciem că, în concordanţă cu datele enumerate, factorii genetici şi ambientali, în egală măsură şi importantă, concură în declanşarea debutului schizofrenic.

Cu toate acestea schizofrenia nu este o entitate clinică singulară ci una complexă care subsumează diferite subentităţi care pot avea, în consecinţă baze etiologice variate, şi putînd necesita chiar mai multe modele de vulnerabilitate separate.

Psihiatria zilelor noastre a devenit în mod necesar perfectabila prin redefinirea şi revizuirea unor concepte şi modalităţi de asistenţă socială.Demersul ei atestă ampla sa disponibilitate dar şi limitele statutului său (23).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Birchwood M.S. & Preston M.: Schizophrenia: An Integrated Approach to Research & Treatment. London: Longman,1988.
2. Brown G.W & Birley J.L.T.: Crisis and life changes and the onset of schizophrenia.Journal of Health & Social Beahevior,1986,9,203-214.
3. Ciompi L.: Toward a coherent multidimensional understanding and therapy of schizopheria.Psychosocial treatement of Schizophrenia. Simposium on psychosocial management of schizophrenia, 2-4 May,1985 BERNE
4. Crow T.J.: Two Sindroms in Scizophrenia.Trends in Neurosciences,1989,5,351-354.
5. Delen P.: Schizophrenia, season of birth and maternal age. British Journal of Psychiatry,1988,153,727-733.
6. Dean K. & James H.(1985) - Depression and Schizophrenia in an English City.(in Mental Health and Environment,) 1985, 50, 357-376.
7. Dunham H.W.: Social Structures and Mental Disorders.Millbank Memorial Fund Quartorly,1976,39,259-311.
8. Eaton W.W. - A formal theory of selection for schizophrenia. American Journal of Psychiatry,1980,86,149-157.
9. Freeman H.L. & Alpert M.- Prevalence of Schizophrenia in an urban population.Brit.Jour.of Psych.,1986,149, 603-611. Efects of Neuroleptic Drugs (ed.F. Cattabeni),1980.

10. Gottesman I.I. & Shields J.- Schizophrenia - the Epigenetic Puzzle. Cambridge University Press,1982.
11. Hare E.H. - Mental illness and social conditions in Bristol. Jour of Ment.Sci.1956,102,349-357.
12. Hare E.H. - Epidemiology of schizophrenia.In Handbook of Psychiatry vol.3 (ed.M.Shepherd).Cembridge University Press,1983
13. Hirsch S.& Leff J.P.- Abnormalities in Parents of Schizophrenics, BRIT.JOUR.PSYCH.,1976,125,345-360.
14. Hogarty G.E. & Anderson C. - A controlled study of family therapy, social skills training and mentenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenic patients .(Psychosocial Treatement of Schizophrenia).Ed.Strauss & All,1976).
15. Katschning H.- Vulnerability and Trigger Models Rehabilitation.Search for the causes of schizophrenia (ed.H.Haffner & All, Berlin,Springer,1987).
16. Kohn M.- Social class and schizophrenia.Schizophrenia Bul... 1973,7,60-79.
17. Kovelman J.A. & Scheibel A.B. - A neurohistological correlate of schizophrenia.Biological Psychiatry,1984, 19,601-621.
18. Lewis S.W & Murray R.M. - The genetics of schizophrenia.
19. M.R.C. - Reasarch into schizophrenia.London Medical Research Council,1987.
20. Murray R.M. & Lewis S.W. - Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? Brit. Med.Journal,1987,295,681-691.
21. Odegard O.- Season of birth in the general population and inpatiens with mental disorder in Norway.Brit. Jour of Psychiatry,1974,125,397-405.
22. OMS - La schizophrenie: étude multinationale Cahiers de Santé Publique,1977,63.
23. Pirozynski T.- Socialul în dimensiunea şi exigenţele psihiatriei contemporane.Rev.Med.Chir.1991,vol.95,3-4, 279-286.
24. Reveley A.M. & Reveley M.A. - Cerbral ventricular enlargement in non genetic schizophrenia.Brit.Jour.Psych. 1984,144,89-93.

Scanned with OKEN Scanner

DEPRESIILE: DIAGNOSTIC, PSIHOFARMACOTERAPIE ŞI PROFILAXIE

IOSIF GABOS-GRECU, MARIETA GRECU-GABOS

Actualmente studiul stărilor depresive reprezintă o problemă multidisciplinară de o considerabilă amploare. Amploarea lui rezidă din faptul că aproximativ 15-20% din populaţia generală prezintă, pe parcursul existenţei, o dată sau de mai multe ori episoade depresive care, nediagnosticate şi netratate la timp şi eficient aduc mari suferinţe bolnavilor şi aparţinătorilor. Riscul parasuicidului şi suicidului este mare în depresii, şi aproximativ 10-15% din depresivi mor prin autoliză. Studii recente de epidemiologie, evidenţiază faptul că în ultimele decenii prevalenţe depresiilor se află într-o continuă creştere, ajungînd să afecteze 3-5% din populaţia globului.

Astfel, putem spune dacă o mare parte din deceniile secolului nostru au fost etichetate ca „decenii ale anxietăţii", ultimele decenii sînt „deceniile depresiilor". După mulţi autori (9,14,23), stările depresive se întîlnesc într-o proporţie de 15-20% din pacienţii medicilor generalişti. Depresia, cu o uimitoare asemănare simptomatică, întîlnită la toate rasele, culturile şi în toate climatele, are o tendinţă evolutivă spre somatizare. Tendinţă favorizată de faptul că încă în societate bolile organice sînt mai bine acceptate, ceea ce duce la evitarea stigmatizării, şi în plus depresivii, mai puţin instruiţi nu-şi pot expune cu claritate trăirile depresiv-anxioase apelînd, în schimb, la tot felul de acuze somatice; dar aici mai putem adăuga şi lipsa de experienţă a unor specialişti în recunoaşterea, diagnosticarea şi orientarea terapeutică corectă şi la timp a depresiei (mascate)(38).

In acest sens, un depresiv din trei prezintă o serie de acuze organo-funcţionale şi neurovegetative (cefalee, artralgii, cervico-dorsale, dureri pseudoanginoase, artralgii, tulburări de somn, apetit, respiratorii, cardiace şi gastrointestinale), cu o mare expresivitate somatică capabilă să camufleze depresia şi să „mimeze" o simptomatologie asemănătoare oricărei boli organice. Această „depresie mascată" induce medicul spre un diagnostic eronat, şi ca stare diagnosticarea precisă se face foarte tîrziu. In afara frecvenţei ridicate a stărilor depresive, importanţa diagnosticării şi tratării lor corecte este relevată şi de tragicul pericol suicidal întîlnit frecvent la depresivi.

Schimbarea rapidă şi uneori brutală a condiţiilor de viaţă şi chiar a structurilor sociale, dublate de abandonarea tradiţiilor şi diminuarea, destrămarea sau pierderea legăturilor familiale, etaismul, automatismul secundar progresului tehnologic, şomajul, creşterea limitei de vîrstă acompaniată frecvent de izolare şi singurătate, suferinţe organice, psihotraumele induse de diferite pierderi de persoane apropiate, materiale şi poziţii sociale, la care trebuie să adăugăm şi predispoziţia biologică; sînt doar o parte însemnată din cauzele conjuncturale multifactoriale ce stau la baza depresogenezei şi creşterii prevalenţei stărilor depresive. Dar, această multitudine de factori depresogeni (predispozanţi, socio-familiali, ecologici şi somatici), acţionează în mod diferit de la un depresiv la altul, dînd depresiilor şi unele trăsături psihopatologice şi terapeutico-evolutive particulare de care, trebuie să ţinem cont atît în precizarea diagnosticului cît şi în individualizarea terapiei şi profilaxiei.

Cunoaşterea detaliată a datelor anamnestice, ereditare, structura personalităţii premorbide, precum şi starea psihică şi somatică în care se află bolnavul depresiv în timpul examinării, ne ajută în stabilirea diagnosticului tetradimensional: sindromul, fenomenologic, relaţional şi nosologic. In vederea conturării precise a diagnosticului este necesar să apelăm, pe lîngă examinarea psihică şi la o serie de investigaţii paraclinice, de medicină internă şi neurologice. Aceasta cu atît mai mult cu cît din punct de vedere nosologic, depresiile sînt încadrate în trei grupe: somatogene, endogene şi psihogene, iar tratamentul va fi individualizat atît în funcţie de fenomenologia şi starea bolnavului, cît şi de apartenenţa depresiei la o grupă sau alta, fără a neglija geneza ei multifactorială şi importanţa suportului socio-familial (2,15,16). După nosologia psihiatrică clasică, ICD-10, şi DSM-III-R, stările depresive se pot încadra în următoarele trei grupe:

I. Depresii somatogene
- Organice ....(cod DSM-3-R= 29o.21; 292.84 şi 293.83
- Simptomatice (cod DSM-3-R= 311.oo

II. Depresii endogene:	- Schizodepresii (cod DSM-3-R	= 295.7o
	- Monopolare ... (" "	= 296.2x şi 296.3x
	- Bipolare ..... (" "	= 296.5x; 296.3x; şi 296.7o
	- Tardive ..... (" "	= 296.33
III. Depresii psihogene:	- Nevrotice .... (" "	= 3oo.4o
	- Epuizare..... (" "	= 3o9.oo şi 3o9.24
	- Reactive..... (" "	= 298.8o

Concomitent cu examinarea şi precizarea diagnosticului, crearea unui raport afectiv pozitiv - între psihiatru şi depresiv- constituie temelia alianţă terapeutică, ceea ce ne va ajuta să răspundem şi la întrebarea dacă tratamentul se va face ambulator sau în spital. Prescrierea terapiei antidepresive ambulatorii trebuie să se bazeze pe absenţa riscului autolitic, al unei fenomenologii psihotice majore, inhibate sau agitate, al dependenţei de droguri, al unor suferinţe organice şi al tulburărilor neurovegetative supărătoare, precum şi pe existenţa unor relaţii familiale bune cu posibilităţi de îngrijire şi supraveghere superioare celor din spital.

Prima problemă la care trebuie să răspundem în faţa depresivilor (mai ales dacă se află în criză) o constituie aprecierea riscului suicidar, care se poate manifesta şi prin echivalente comportamental autolitice (negativismul alimentar, refuzul tratamentului, preocupări autolitice şi chiar prin pregătirea suicidului. Riscul este iminent la depresivii care au mai încercat, şi-au procurat mijloace şi au stabilit locul,data şi modalitatea de realizare, iar riscul ridicat îl întîlnim la pacienţii care dialoghează cu suicidul la vîrstnici, personalităţi impulsiv-agitate,singuratici,alcoolici, drogdependenţi, precum şi la cei cu antecedente suicidale în familie.Toate aceste cazuri, precum şi cele cu depresii psihotice majore, inhibate sau anxios-neliniştite constituie urgenţe psihiatrice care, necesită trecerea rapidă la instituirea unei terapii antidepresive în condiţii de spitalizare, asigurîndule timp, spaţiu şi o îngrijire supravegheată pînă la vindecare. Planul terapeutic trebuie să fie bine individualizat şi cunoscut de toţi cei ce sînt antrenaţi în acest proces,pacient,personalul sanitar, familia sau alte persoane apropiate; şi cu toate acestea chiar în aceste condiţii riscul suicidal nu poate fi înlăturat sută la sută.

Cunoaşterea relaţiilor pe care depresivul le are cu familia şi cu alte persoane apropiate are o mare importanţă în prescrierea tratamentului. Nu trebuie neglijat că depresia poate influienţa în mod negativ relaţiile familiale, şi că uneori tocmai aceste relaţii pot favoriza sau cauza depresia. Abordarea acestor relaţii, consultarea şi informarea familiei, a celor apropiaţi şi mai ales a depresivului, atît asupra efectelor pozitive şi indezirabile induse de antidepresive cît,şi asupra faptului că depresia este o boală adevărată care, tratată, este vindecabilă,face parte integrantă din tratament.Iată de ce tetra indentificare:sindromatică,relaţională, fenomenologică şi de referinţă nosologică constituie punctul de plecare în alegerea, individualizarea terapiei şi reabilitarea depresivului atît în faţa propriei conştiinţe de sine cît şi a anturajului socio-familial şi profesional.

Pornind de la structura lor chimică, antidepresivele sînt grupate în următoarele patru categorii:

- Antidepresive triciclice (derivaţi ai imipraminei),
- Antidepresive tetracicliee (Maprotilina şi Mianserina),
- Antidepresive cu o structură chimică diferită de cea a tri- şi tetra- ciclicelor (Nomifensina, Trazodona, Viloxazina),şi
- Inhibitorii monoamin-oxidazei (IMAO).

Trecînd la terapia cu antidepresive (combinate la nevoie şi cu alte preparate şi mijloace terapeutice) semnalăm faptul că cel mai important element în alegerea unui antidepresiv adecvat îl constituie „profilul acţiunii antidepresivelor" în care se disting trei tipuri:

- Tipul imipraminic (reductoare ale depresiei şi timoanaleptice),
- Tipul amitriptilinic (sedativ, anxiolitic şi eutimizant),
- Tipul desipraminic (activator psihomotor şi timoanaleptic).

Cunoscînd aceste acţiuni ale antidepresivelor (redate grafic în pagina următoare) vom putea apela la una sau alta, şi chiar la combinarea lor în vederea combaterii unor simptome ţintite. Inainte de a se trece la administrarea unui antidepresiv (la început 2/4 din doză terapeutică,crescînd-o apoi în mod progresiv pînă la doza optimă), depresivul necesită să fie informat atît asupra efectelor terapeutice cît şi asupra celor se-

cundare care pot apare din primele zile.Această informare, cu un mare rol psihoterapeutic conştientizează bolnavul că pentru ameliorarea stării lui trebuie să aştepte 2-3 săptămîni, iar crearea unui raport de stimă şi încredere reciprocă îi dă posibilitatea de a se adresa terapeutului său cu orice problemă,acuze şi preocupări, depăşind astfel mai uşor perioada depresiei şi anxietăţii lui.

Pornind de la cunoaşterea şi identificarea fenomenologiei depresiei, terapia antidepresivă e bine să fie ţintită asupra celor mai supărătoare şi intense simptome, a căror diminuare va da depresivului o senzaţie de uşurare şi optimism (1,3,4,7).In cazul depresiilor majore,grave, dominate de inhibiţie psihomotorie,apatie,descurajare, tristeţe profundă şi pierderea elanului vital; administrarea în doze adecvate, timp de 3-4 săptămîni a antidepresivelor triciclice (Imipramină,Clomipramină,Melitracen, Viloxazină,Desipramină),sau IMAO (Nardil,Pernate,Niamid) duc la efecte terapeutice bune la aproximativ 65% din cazuri.Aceste efecte se caracterizează printr-o dezinhibiţie psihomotorie (care poate creşte riscul suicidal !!), ameliorarea treptată a dispoziţiei, creşterea posibilităţilor de mobilizare şi adaptabilitate la mediul ambiant, şi o concentrare mai mare asupra propriilor interese familiale, profesionale şi sociale.

Depresiile psihotice, melancoliforme, instalate în a treia etapă de vîrstă, dominate de inhibiţie sau nelinişte psihomotorie, disconfort intern şi anxietate, beneficiază de o terapie cu antidepresive tri- şi tetraciclice (Clomipramin, Amitriptilin, Protriptilin,Doxepin, Maprotilin,Mianserin),fără a neglija,însă, efectele neplăcute induse de aceste preparate asupra sistemului cardiovascular. In unele cazuri, mai ales în depresiile bipolare şi a schizodepresiilor antidepresivele pot vire dispoziţia spre hipomanie sau chiar manie,şi/sau să accentueze starea de nelinişte şi anxietate pe fondul cărora se pot instala fenomene psihotico-disociative. In aceste situaţii se va întrerupe administrarea antidepresivelor, trecînd apoi la corectarea schemei terapeutice în conformitate cu starea psihopatologică a bolnavului. Astfel, în cazurile cu virarea dispoziţiei spre euforie hipo- sau maniacală vom apela la preparatele de Litiu, iar în schizodepresiile invadate de fenomene disociative, vom utiliza preparate antipsihotice (Haloperidol,Trifluoperazină,Fluanxol -

ultimul avînd şi proprietăţi uşoare antidepresive) (8,20,23).

Bolnavii cu depresii anxios-agitate dublate de tulburări de somn, disconfort intern,nelinişte şi acuze somatice,pot beneficia de administrarea unor antidepresive sedativ-anxiolitice,ca de ex. - Surmontil,Amitriptilin, Trausabun şi Ludiomil.Dacă,în cazul depresiilor anxios-agitate nu am obţinut rezultatele scontate cu antidepresivele amintite, vom trece la combinarea lor cu neuroleptice şi chiar cu IMAO, şi în cazuri rare cu cîteva şedinţe de electroconvulsioterapie.La bolnavii care au beneficiat de IMAO, fără a obţine nici o ameliorare, trecerea la administrarea tri- sau tetraciclicelor se va face numai 12-14 zile de la întreruperea administrării preparatelor IMAO, grupă din care cele mai eficiente sînt: Nardilul (Phenelzina) şi Parnate (Tranylcypromina).

In depresiile psihogene actul terapeutic începe prin descoperirea cauzelor conjuncturale depresogene, prin care să se includă geneza endogenă sau somatogenă camuflată de alte fenomene, precum şi diferenţierea lor de o indispoziţie tristă psihofiziologică adecvată şi motivată de situaţii reale dureroase.Dialogul terapeutic se va baza pe o francheţă înţelegătoare şi binevoitoare care să-i dea ocazia bolnavului să se exprime cu toată încrederea, ajutîndu-l să poată ajunge la o uşurare şi „purificare". Purificarea se poate realiza printr-o ascultare atent-binevoitoare, pe parcursul căreia depresivul îşi va putea exprima (chiar plîngînd) tristeţea şi amintirile sale pozitive şi negative,referitoare la obiectul pierdut.Ulterior,psihiatrul vine să umple valorile afective libere.Purificarea psihoterapeutică va continua cu o reorientare vizînd întărirea stimei de sine, diminuarea sentimentelor de culpabilitate şi a conflictului intrapsihic de duplicitate cu sine însuşi,precum şi a impulsului hetero- sau autoagresiv; paralel cu reluarea interesului relaţional cu lumea şi ale activităţilor profesionale ale pacientului.Dar şi în aceste depresii în care psihoterapia ocupă locul dominant în procesul terapeutic, este nevoie de administrarea unor antidepresive sedativ-anxiolitice (Doxepin,Amitriptilin,Ludiomil) se pot administra într-o singură doză vesperală,în timp ce antidepresivele ce stimulează dezinhibiţia psihomotorie (Desipramina,Nortriptilina, Imipramina) vor fi administrate dimineaţa şi la amiază.Acest procedeu va ameliora somnul bolnavilor.

Efectul antidepresiv poate fi grăbit şi argumentat prin administrarea intramusculară a următoarelor antidepresive :Imipramina, Amitriptilina,Laroxilul,Surmontilul,Doxepinul,Clomipramina,Ludiomilul şi altele, iar Clomipramina,Maprotilina,Dibenzepina şi Trimipramina pot fi administrate şi pe cale intravenoasă (injectabil sau perfuzabil).La bolnavii care reacţionează bine la antidepresive (fără efecte secundare supărătoare), ridicarea dozelor este bine să înceapă pînă a 5-a zi de tratament,în mod progresiv cu dublarea dozei săptămînal pînă la obţinerea dozei optime, fără a depăşi dozajul maxim.

In terapia ambulatorie, antidepresivele vor fi administrate în doze mai mici (1/2 din doza de spital) odată sau de două ori pe zi.Antidepresivele cu efecte sedativ-anxiolitice vor fi administrate într-o singură doză vesperală (Ludiomil 25 mgr., Amitriptilin 5o mg.,Doxepin 25 mgr., Mianserin 3o mg.), iar antidepresivele dinamizante (Clomipramina 25 mgr.,Imipramina 3o mg. Protriptilina 2o mgr., Nortriptilina 3o mgr.) vor fi administrate dimineaţa şi la amiază, putînd fi combinate cu un anxiolitic sedativ seara (Ludiomil,Doxepin) pentru a înlătura tulburările de somn. Realizarea terapiei ambulatorii este îngreunată de faptul că medicul devine dependent de bunăvoinţa bolnavilor care, nu întotdeauna îşi ia medicamentele la timp, sau din cauza efectelor secundare supărătoare, sau nesupravegherea atentă a aparţinătorilor renunţă la ele sau comit acte autolitice.Deviza terapiei ambulatorii constituie o mare responsabilitate pentru psihiatru şi o mare obligaţie pentru familie.

Dacă acţiunea calmant-anxiolitică este stimulantă,apare din primele zile de administrare a antidepresivelor, pentru a constata eficienţa sau ineficienţa,şi în consecinţă continuarea sau înlocuirea antidepresivelor cu altele, trebuie să aşteptăm 2-3 săptămîni.Acest interval de 15-2o zile de latenţă şi expectaţie, precum şi ineficienţa lor la peste 3o% din depresivi, constituie principalele dezavantaje ale antidepresivelor.

La vîrstnici, copii şi la cei cu părul roşcat,sensibili la antidepresive vom apela iniţial la doze mici, ca de pildă 3oxlo mgr/zi de Ludiomil,Amitriptilină,Nortriptilină sau Antideprin. Ineficienţa antidepresivelor poate fi legată şi de prezenţa unor suferinţe sau tulburări organice, cum ar fi anemia sau sideropenia, hipo- sau anaciditatea gastrică, polipragmazia sau toxi-

comună (cunoscută sau necunoscută) a cărei corectare, prin administrarea unor preparate de fier (Glubifer, Fier polimaltozat, Neoanemovit, Ferrum Haussman), acidifiante (acidopeps), revizuirea medicaţiei precum şi renunţarea la abuzul de droguri, vor contribui în mare măsură la ameliorarea stării depresive. Paralel cu administrarea antidepresivelor şi a altor mijloace terapeutice complementare e necesar să apelăm din plin şi la psihoterapie, gimnastică şi masaje ale coloanei vertebrale (mai ales a gîtului), plimbări, şi alte activităţi reconfortante (2,9,2o,21,27).

O altă problemă o constituie modalitatea de sistare a medicaţiei antidepresive. Intreruperea prea rapidă sau continuarea ei cu doze prea mici facilitează atît apariţia recidivei cît şi a pierderii încrederii depresivului în medicamente şi medic, ceea ce argumentează fenomenologia depresivă şi riscul suicidal. Pentru a preveni recidivele, în afara prescrierii unor doze corespunzătoare de antidepresive, psihiatrul, chiar înaintea externării, trebuie să intervină în optimizarea şi destressarea condiţiilor ambientale în care se va întoarce bolnavul, facilitîndu-i atît posibilităţile de adaptabilitate cît şi de a menţine o relaţie terapeutică eficientă. In caz de recidivă, preocupări sau realizarea unei tentative de suicid, respitalizarea depresivului este absolut necesară, pentru că spitalul oferă o protecţie mai bună decît orice sistem de terapie ambulatorie sau semiambulatorie (23,25,34,35,38,58).

Trebuie să amintim că la o mare parte din bolnavi(65-7o%) depresia este un episod limitat în timp, cu revenire spontană spre normotimie între 6 şi 12 luni (19). Dacă după 2-3 săptămîni, de administrare a unor doze adecvate de antidepresive fără rezultat, tratamentul trebuie revizuit, apelînd la alte antidepresive (injectabile sau perfuzabile) şi alte combinaţii şi mijloace terapeutice. Intreruperea administrării antidepresivelor se va face atunci cînd sîntem siguri că simptomatologia depresiei a fost înlăturată şi nu mai există riscul recidivelor (1,2,3,6,2o,23).

In acelaşi timp este necesar să cunoaştem şi contraindicaţiile şi efectele secundare induse de antidepresive. In hipertrofia de prostată, glaucom sau infarct miocardic (în care deşi contraindicaţiile nu sînt majore), se recomandă utilizarea Maprotilinei şi Nomifensinei (care nu au nici o proprietate anticolinergică), în doze mici, crescute apoi în funcţie de reacţia depresi-

vului; iar în caz de creştere a tensiunii intraoculare (glaucom) sau a tensiunii arteriale, cu tahicardie şi retenţie urinară se va întrerupe administrarea antidepresivelor şi se va apela (în ultimul caz) la un agent colinergic. O contraindicaţie limitată o prezintă şi depresivii cu antecedente epileptice (scad pragul convulsivant), leziuni cerebrale grave, alcoolism cronic şi femeile în primele 3-4 luni de graviditate (9,34,35,47,58,59).

Dintre efectele secundare amintim: uscarea mucoaselor, transpiraţii, hipotensiune ortostatică, constipaţie, tulburări vizuale,, tulburări de micţiune, scăderea pragului convulsivant, virarea spre hipomanie sau manie, aritmii cardiace (bradicardie sau tahicardie), iar la doze mari bloc atri- sau intraventricular cu deprimarea undei T, alungirea segmentului S-T, şi lărgirea complexului QRS); anxietate, nelinişte; iar la grupa IMAO (în cazul în care bolnavii consumă concomitent alimente bogate în tiramină), putem adăuga creşterea T.A., greaţă, vărsături, cefalee occipitală, rigiditatea cefei, hemoragii intracraniene, episoade confuzive, agitaţie şi precipitarea fenomenelor disociative (1,3,16,22,28).

Alături de antidepresive, psihiatrul mai poate apela şi la alte metode, mijloace şi medicaţii complementare, dintre care amintim:

- Asocierea antidepresivelor a: betablocantelor (Propanolol, Trasicor 2x40mgr/zi, dimineaţa şi la amiază) în cazul prezenţei tahicardiei, extrasistolelor şi acuzelor pseudoanginoase; Tranchilizantelor şi Neurolepticelor (Nitrazepam, Oxazepam, Napoton, Tioridazin, Levomepromazin, Fluanxol), în special în cazul depresiilor anxioase cu tulburări de somn şi fenomene psihotico-disociative (13,18). Datorită grăbirii metabolizării antidepresivelor la nivelul ficatului şi reducerea concentraţiei lor sanguine şi a efectului lor antidepresiv „Barbituricele" vor fi evitate.

- Privarea totală sau parţială de somn (toată noaptea sau numai după orele 1), repetată săptămînal (odată sau de două ori) în timp ce bolnavul beneficiază zilnic şi de antidepresive; are efecte bune în depresiile endogene cu o devitalizare pronunţată (46,79).

- Administrarea perfuzabilă a antidepresivelor introdusă de CAMPAILLA (13), GENTILLI (31) şi RADMAYR(60), la început numai

cu Anafranil , şi apoi extinsă şi la alte antidepresive (Clomipramină,Maprotilină,Nomifensină,Doxepină,Dibenzepină,Trimipramină), a dat rezultate bune şi într-o parte din depresiile reticente la alte metode terapeutico-antidepresive, şi în special în cele endogene. Perfuziile cu antidepresive în soluţie glucozată 5% (250 ml.,a 40-60 pic/minut,10-20 la număr,zilnic una), încep cu 1/2 fiolă şi cresc pînă la 2 fiole de Ludiomil sau de alte preparate perfuzabile singure sau combinate (ca de pildă: Ludiomil şi Tofranil).Avantajul şi eficienţa antidepresivelor perfuzabile se leagă direct de: - trecerea lor din circulaţie direct în S.N.C., ocolind o oarecare degradare în ficat şi o resorbţie insuficientă la nivelul tubului digestiv;

- creşterea concentraţiei plasmatice prin administrarea concomitentă a unui neuroleptic;

- apariţia mai rapidă a efectelor antidepresive; şi

- efecte secundare mai reduse şi mai aşor de suportat mai ales dacă după perfuzii pacienţii rămîn culcaţi o oră sau două.

- Convulsioterapia (cu o supravieţuire de 6 decenii), a constituit pînă în urmă cu 2-3 decenii singurul mijloc eficient de tratament în depresii; este încă un tratament „salvator" al depresiilor majore, psihotice,rezistente şi cu risc suicidat iminent.Deşi comparativ cu antidepresivele electroconvulsioterapia induce mai rapid ameliorarea şi uşurarea trăirilor depresive; avînd o serie de inconveniente (tranzitorii) a devenit mai puţin agreabilă, reducîndu-şi mult sfera de acţiune (2,22,34, 51,61,62,65,66,68). In clinica noastră în depresiile la care, după 20-30 zile de tratament cu antidepresive (oral şi/sau perfuzabil) nu obţinem ameliorări, aplicăm 5-7 şedinţe electroconvulsivante cu rezultate bune în majoritatea cazurilor.

- O importanţă deosebită revine profilaxiei cu Litiu care, începută înaintea apariţiei celei de a doua sau a treia fază depresivă, duce la rezultate foarte bune.Profilaxia cu preparate de Litiu se realizează prin administrarea unor doze de 1000-1500 mgr/zi (la început) cu controlul litemiei (prin sînge recoltat înaintea luării dozei matinale,în prima lună săptămînal,apoi odată la 2-3 săptămîni),care pentru a fi eficientă trebuie menţinută între 0,8 şi 1,2 mEq/ĮmmoI/l). Dar,litiumterapia este acompaniată şi de fenomene secundare,uneori supărătoare (hipotonie musculară, oboseală,greţuri,tremurături ale degetelor,polidipsie,poliurie,edeme),iar alteori grave (greţuri, vomă,ataxie,tre-

mutături, episoade confuzive),situaţii în care este vorba de intoxicaţie şi odată cu întreruperea administrării Litiului bolnavul trebuie internat de urgenţă (1o,12,26).

- In prevenirea fazelor depresive monopolare,Imipramina,Ludiomilul şi în special Carbamazepina sînt la fel de eficiente ca şi Litiul,dar (necesită o administrare de lungă durată) cu efecte secundare mult mai uşoare, în timp ce în depresiile bipolare Litiul are o eficienţă preventivă superioară (9,12).

- Alături de cele amintite, mai recent, în depresiile sezoniere (de toamnă şi iarnă) s-a introdus cu rezultate bune (7o%) „Fototerapia"(„Light Therapy (1o,25,28).Procesul terapeutic antidepresiv trebuie să fie în permanenţă acompaniat de o psihoterapie persuasivă şi adecvată fiecărui depresiv în parte, la care se mai pot asocia (la nevoie) fizioterapia,gimnastica,masajul (mai ales al coloanei cervico-dorsale) şi alte activităţi reconfortante care, toate la un loc şi la timpul lor, vor contribui la ameliorarea şi vindecarea pacienţilor depresivi (2,4, 26).

In concluzie, trebuie să recunoaştem că se mai întîlnesc cazuri care nu răspund la tratamentul cu antidepresive,situaţii în care revizuirea factorilor psihogeni (relaţiile familiale, profesionale şi sociale), farmanogeni (antidepresivele cu dozajul, durata, timpul şi modul de administrare,oral,parenteral, combinate între ele sau şi cu alte preparate mai mult sau mai puţin indicate - barbiturice,rezerpinice,polipragmazie,drogdependenţă şi chiar consumul de alcool)şi somatogeni (hipo - sau anaciditate,anemia,sideropenia sau alte suferinţe organice curabile sau incurabile), constituie procedeul principal de analiză pentru a depista cauzele depresogene ce întreţin depresia, şi odată cu descoperirea lor resintetizarea procesului terapeutic.

După obţinerea unor rezultate bune, în scop profilactic medicaţia antidepresivă va fi continuată încă 4-6 luni şi apoi redusă în mod gradat, dar reintrodusă la primele semne de recidivă.Indiferent de medicaţia prescrisă,sinceritatea,empatia,căldura sufletească şi competenţa profesional-psihoterapeutică a psihiatrului sînt elemente vitale care combinate armonios asigură succesul terapeutic.

20. Manning W.& Frances J.- Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for Depression. Amer.Psychiat.Press. Washington,1990.
21. Melvin L.& Weiner P.- Cognitive experential Therapy.Brunner/ Mazel,New York,1985.
22. Nies A.& Robinson D.- Monoamin oxidase inhibitors.In: Handbook of Affective Disorders. Ed.Paykel,Churchil,Livings.Edinburgh,1983 (pp.246-261).
23. Pöldinger W.& Wider F.- Die Therapie der Depressionen. Deutscher Ärzte,Verlag,Köln,1986.
24. Radmayr E.- Wien med.Wschr.1971,121:422-427.
25. Stewart T.,Gadda R.,Byrne B.& Miller S.- Psychiatry Res. 1992,38:261-271.
26. Villenevue A.-A Lithium in Psychiatry.Press Univ.Laval, Quebec,1976.
27. Williams J.- The Psychological treatment of Depression. Croom Helm,London,1984.
28. Wirz J.A.- Psychopathology, 1986, 19(suppl.2) 136-141.

Cuvinte cheie:
• Depresiile,Diagnostic, Psihofarmacoterapie

In evoluţia lui ascendentă, psihismul nu va mai reuşi niciodată să „recuprindă" durata, ca în etapa precedentă, se va măsura cu şi prin ea. Timpul va deveni cheia codului abstract al conştiinţei: în fond singurul ei cod, pentru ca aceasta nu va avea niciodată o „Erlebniss" de spaţialitate.

EDUARD PAMFIL

PSIHOPATIILE SI UNELE ASPECTE CLINICE SI RELATIONALE

NICOLAE VLAD

Aspecte generale

In încercarea de prezentare a cîtorva din cele mai semnificative aspecte clinice şi relaţionale ale psihopatiilor, din perspectiva înţelegerii acestora ca dizarmonii de personalitate, se impun cu necesitate cîteva clarificări în legătură cu noţiunile de personalitate, dizarmonie şi în special de psihopatie, concept de semnificaţie clinică încă controversată.

Complexitatea personalităţii umane poate fi prezentată diferit ceea ce face dificilă o definiţie considerată unanimă sau mai curînd cît mai larg acceptată.

Deşi există mari diferenţieri în definiţiile date personalităţii, totuşi se pot desprinde unele idei comune ce ilustrează caracterul structurant, unitar şi dinamic al personalităţii. Astfel personalitatea se proiectează şi se dezvoltă în ambianţe fizică şi biologică şi în mod cu totul deosebit în relaţiile socio-culturale şi morale, în raportul faţă de sine şi ceilalţi.

Din această perspectivă personalitatea umană ar putea fi definită ca un ansamblu dinamic, caracteristic unor însuşiri integrale de procese şi structuri psihofiziologice şi comportamentale ce diferenţiază conduita unei persoane în raport de o alta şi conferă reacţii şi atitudini creative şi originale faţă de valorile moral umane.

Dinamica dezvoltării personalităţii psihopatice

In condiţiile unor însuşiri dobîndite şi a unor influenţe educaţionale şi culturale, personalitatea se poate forma,dezvolta şi manifesta echilibrat. Echilibrul dinamic al personalităţii rezultă din acordul între calităţi fără ca acesta să fie în raport cu date cantitative. Normalitatea în acest sens se exprimă într-un spaţiu autolimitat de trebuinţe şi satisfacţii, registru ce întreţine şi dezvoltă variaţiile energiilor investite.Atunci cînd se perturbă echilibrul trăsăturilor fireşti ale personalităţii, cu accentuarea unora sau mai multora din ele, are drept consecinţe disfuncţionalitatea acestui ansamblu.

Se produce astfel o disfuncţionare de dezvoltare datorită inegalităţii în dezvoltarea şi maturizare a funcţiilor psihice. S-a pus problema dacă există sau nu o zonă cursivă de trecere între tipuri de personalităţi patologice, anormale sau psihopa-

tice şi personalităţile înscrise în condiţie de normalitate sau dintre personalităţile normale şi cele psihopatice. In acest sens s-a vorbit despre „dezechilibraţi simpli",„dezechilibraţi complecşi", după cum a fost descrisă „personalitatea accentuată".

Personalitatea accentuată e caracterizată ca o trăsătură caracterială dominantă prin care s-ar deosebi net de medie. Simpla deviere de la medie nu ar fi un indiciu pentru o personalitate accentuată ci numai o însuşire temperamentală.

K.Leonhard (4) afirmă că trăsăturile accentuate sînt variaţi operaţionali care generează manifestări pregnante nu numai în raport cu media ci şi cu abaterile de la medie. Personalitatea accentuată ar fi doar o tendinţă spre patologic.

In măsura în care această tendinţă se realizează într-o activitate socială utilă ea se sublimează şi nu perturbă echilibrul personalităţii ce se comportă în limitele unei adaptabilităţi ce apare doar în note speciale.

Patologia personalităţii accentuate începe probabil acolo unde se produce durabil un dezechilibru în structura personalităţii cu o expresivă perturbare a relaţiilor dintre individ şi spaţiul ambiental, ca o accentuare manifestă produsă în mod constant şi indiferent de situaţie.

Atunci cînd prin trăsătura accentuată se dezvoltă o personalitate dizarmonică, un dezechilibru constant cu sine şi cu lume, procesul adaptativ este semnificativ perturbat. Limitele dintre normal mediu, accentuat şi dizarmonic sau psihopatic nu par mai precise (1,8).

Controversele se referă şi în ce priveşte utilizarea termenului de psihopatie în raport cu vîrsta şi se consideră inadecvată folosirea denumirii de personalitate psihopatică la etapele infantilo-juvenile, cînd personalitatea nu este încă formată. Alţi autori propun folosirea acestei noţiuni şi la copil considerînd astfel: dacă psihopatia este o tulburare constituţională cu o predispoziţie înnăscută, atunci ea trebuie să existe şi în copilărie.

In acest consens se consideră necesară recunoaşterea diagnosticului de psihopatie şi la vîrsta copilăriei.Se consideră totuşi utilizarea mai potrivită în perioada copilăriei, a noţiunii de dezvoltare psihopatică a personalităţii, întrucît manifestarea în dinamica dezvoltării exprimă mai bine realita-

tea clinică (3).

Dezechilibrul psihopatic începe în perioada timpurie a vieţii, cînd este mai frapantă aderenţa comportamentului faţă de evenimente decît faţă de valori, iar capacitatea intelectuală începe să contrasteze cu instabilitatea conduitelor şi dificultăţile integrative. Incă de acum reacţiile de disociabilităţi comportamentale devin motivaţii patologice ale dezechilibrului personalităţii în care se interferează factorii biogeni, constituţionali şi cei sociogeni, situaţionali. Dacă iniţial copilul cunoaşte consecinţele unor acte elementare şi are condiţia frenatorie volitivă ca şi capacitatea de a le proecta, cu vîrste el poate alege în chip raţional modul de acţiune şi proiectează „conştiinţa morală", ce motivează comportamentul şi stabileşte bazele psihologice ale responsabilităţii înţelese.

Pubertatea, moment crucial în existenţa individului, pune în evidenţă psihopatia structurală faţă de cea dobîndită.

In această perioadă se manifestă trăsăturile psihopatice, care nu erau evidente şi uneori păreau doar tolerate. Puţini constată aceste aspecte, fie de stabilizare şi consolidare a trăsăturilor psihopatice, fie subiectul poate ajunge la o echilibrare a conduitelor şi maturizarea atitudinilor.

In cazul în care tulburările de personalitate se stabilizează şi consolidează, trăsăturile psihopatice produc tulburări de inserţie sociofamilială şi profesională, etichetate ca tulburări de comportament, diagnostic ce se impune pînă la vîrsta de 18 ani, cînd se definitivează diagnosticul clinic prin procesul de formare al personalităţii.

Tulburările de comportament afectează în acest caz activitatea relaţională, pînă la nivelul său etico-moral, fără a ajunge la gradul de generalizare şi stabilitate pe care îl are personalitatea dizarmonică (6,7).

Plasticitatea de care dispune personalitatea pînă la împlinirea vîrstei de 18 ani, conferă expectanţei valoarea principiului de certitudine în transformarea tulburărilor de comportament, în tulburări de personalitate.

Tabloul clinic al personalităţii psihopatice cunoaşte modificări în perioada menopauzei, perioadă critică de dezvoltare care zdruncină în profunzime întreaga structură somato-psihică ce anunţă începutul senescenţei, pînă cînd se confundă sau i se identifică cu aceasta.

Un alt moment existenţial important este senescenţa. In această perioadă modificările structurale şi funcţionale ale celulelor, ţesuturilor şi organelor în perioada îmbătrînirii duc la modificări ale personalităţii. In acest proces natural şi psihologic de îmbătrînire, sistemul nervos este în măsură să asigure mecanismele homeostatice prin încetinirea şi limitarea funcţională a organismului, asigurîndu-i capacitatea de adaptare la noua situaţie.

In îmbătrînirea patologică apar perturbări ale funcţiilor compensatorii şi de apărare a organismului instituind modificări şi caracteristici psihopatiilor.In etapele de alterări vasculare,senile sau scleroase se asistă la optuzia trăsăturilor psihopatice, dar şi cu riscul agravării lor demenţiale cu exacerbări de involuţie.

Unele aspecte clinice în psihopatii

Termenul de psihopatie este folosit şi cu cel de „caracter patologic", „anomalie caracterială", „personalitate psihopatică", „personalitate patologică"(2,1o).

Indiferent de modelul şi aspectul clinic, analiza acestuia duce la conflictul şi impactul unui sistem funcţional faţă de normativitatea ambianţei. In mod obişnuit, fiecare om este influenţat de ceilalţi şi deci de rezolvarea conflictelor existente în relaţiile de grup.Ori de cîte ori mecanismele individuale de apărare la conflict sînt ineficiente sau conduitele de grup inadecvate, se pot produce disturbanţe comportamentale. Dezordinile psihopatice pot apărea ca deviaţii extreme sau semnificative de la modul în care o persoană dintr-o cultură dată percepe, gîndeşte, simte şi relaţionează cu alţii.

Manifestările psihopatice devin însă evidente în condiţiile existenţei unor evenimente de mediu durabil frustrante. In lipsa acestora personalitatea psihopatică tinde să manifeste adversitate sau alte simptome mentale şi emoţionale faţă de care nu le exprimă ca manifestări clinice evidente şi deseori constatăm doar expresia imputabilă şi permanent neînţeleasă faţă de toţi ceilalţi, dar şi de sine însăşi. Si toate acestea se întîmplă deoarece psihopatul nu se consideră bolnav.El nu are conştiinţa defectivităţii sentimentelor moral-sociale în ciuda unei dezvoltări relativ sau aparent satisfăcătoare a funcţiilor de cunoaştere (5,9).

Labil,emoţional, psihopatul dovedeşte o inabilitate în a forma relaţii empatice şi durabile cu o reală dificultate în a se conforma regulilor sociabilităţii.

Intreaga istorie a psihopatului este un şir neîntrerupt de încercări de a forţa imposibilul, de a desfăşura lupta acolo unde ea este pierdută dinainte. Frămîntările sale lăuntrice îl aşează mereu în faţa unui obstacol pe care crede că-l va învinge fără a-şi da osteneala de a-l cunoaşte în prealabil. El scontează succesul fie prin minimalizarea luptei, fie prin supradimensionarea propriilor însuşiri.Sentimentele de culpabilitate, de ruşine, resemnare sînt străine psihopatului.

Psihopatul nu are capacitatea de a învăţa din experienţa proprie şi foloseşte pînă la epuizare metode care se întorc împotriva sa cum ar fi: duritatea în locul supleţei, perseverarea în locul mobilităţii, violenţa în locul înţelegerii.Lipsit de înţelegere şi rezistent la schimbare, el are un comportament rigid, maladaptativ care prejudiciază relaţiile interpersonale.

Ca personalităţi anomice a căror expresie comportamentală a fost iniţial descrisă ca „nebunie morală" şi din perspectiva unor delimitări clinice, rezultă importanta evidenţiere a unor trăsături psihopatologice comune din care enumerăm:

- impulsivitatea şi prevalenţa instinctivă în motivarea actelor;

- lipsa remuşcărilor faţă de faptele imputabile săvîrşite din care rezultă că incapacitatea de a învăţa din propria experienţă;

-psihoplasticitatea morbidă care exprimă exteriorizarea stridentă a trăirilor proprii prin tatuaje şi automutilări;

- absenţa sentimentelor de empatie, a sensibilităţii faţă de ceva ce simt alţii;

- egofilie şi egocentrism supravalorizat deseori în condiţiile unor carenţe afective;

- scăderea toleranţei la frustraţii cu reacţii violente şi agresivitate;

- lipsa simţului de responsabilitate prin care se instituie caracterul incoercibil al faptelor sale;

- lipsa de loialitate şi consecvenţă faţă de propriile angajamente;

- înclinaţia către perversiune şi sexopatie;

- malignitatea premeditării ilustrate deseori prin pregătirea cu minuţiozitate a actelor antisociale;

- scăderea autocontrolului, căutarea şi acceptarea unui hedonism pe termen scurt;

- narcofilie pînă la narcomanie şi instalarea rapidă a dependenţei eufomanice;

- reiterare şi recidive discomportamentale.

Psihopatiile întrunesc tipologii variate, motiv pentru care s-au făcut numeroase încercări de clasificare a acestora. In acest scop s-a tentat o sistematizare ce pleacă de la realitatea clinică.Astfel s-au descris următoarele forme: psihopatia explosivă, psihopatia instabilă, psihopatia astenică, psihopatia psihastenică, psihopatia isterică, timopatia depresivă, timopatia euforică, psihopatia paranoică, psihopatia impulsivă, psihopatia perverssexuală şi personalitatea borderline (11,12).

Egocentrică şi labilă, personalitatea psihopatică nu rezistă tentaţiilor, iar sensibilitatea sa afectivă ajunge pînă la amoralitate, personalitatea structurîndu-se după modele deviate pînă la a deveni o adevărată personalitate dominată şi inductoare de prozelitism.

Aspecte relaţional-comportamentale ale psihopatiilor

Un rol important în dezvoltarea personalităţii psihopatice revine conduitelor relaţionale care oferă acestuia alternative variate de răspuns comportamental.Scala simptomelor psihopatiei este mobilă fiind în directă legătură cu mediul ambiental. Un mediu tolerant sau chiar relaxant diminuă tabloul clinic, pe cînd un mediu frustrant poate institui amplificarea manifestărilor clinice şi poate ajunge la paroxisme destructive.

Atît deficitul cît şi excesul de stimuli pot perturba comportamentul şi duce la relaţii deviante, cu modalităţi diferite de exprimare. Atitudinea şi relaţiile comportamentale normale permit realizarea unei proiectări responsabile faţă de propria persoană şi faţă de interrelaţiile ambientale.Departe de a fi numai un şir de reacţii produse de stimuli, comportamentul este activitatea complexă şi multimodală prin care omul îşi reglează relaţiile sale cu ambianţa şi propriile sale conduite morale.

Comportamentul înnăscut, înscris în genom, asigură adaptarea la un mediu stabil şi printr-un proces de „învăţare", potenţialul înnăscut se transformă într-un potenţial cîştig, care permite proiecţii comportamentale valoric elaborate. Prin procesul învăţării se adaugă comportamentului înnăscut (deci nedisociat de ereditate), cel cîştigat, mediat de „ereditatea culturală", devine consecutiv învăţării, educaţiei şi experienţei relaţionale, deci şi al „ambianţei".

In stările patologice relaţiile comportamentului exprimă deficite sau excese de modalităţi disociabile dependente de aceste relaţii. Stările conflictuale apar astfel, ca rezultat al opoziţiei dintre tendinţele subiective şi normativitatea acceptată, iar conţinutul subiectiv al acestor tendinţe exprimă de fapt homeostazia comportamentală.

Pentru o condiţie umană de existenţă, comportamentul dispune şi poate proiecta capacităţi de restabilire dinamic a unor afirmări creative şi valorice. In orice act de comportament vedem expresia accentuată a unor influenţe ce relaţionează atitudinea faţă de existenţa şi valorile sale. Dacă socialul este o realitate umană motivaţiile sale apar firesc faţă de raportarea răspunderii faţă de sine şi relaţiile cu alţii. Adaptarea la mediu este un proces de permanentă racordare la valorile conduitei umane. Homeostazia comportamentului acordă autonomie însuşită şi subiectivată şi în acelaş timp o capacitate de integrare în relaţiile de grup, prin anticiparea permanentă a situaţiilor nefavorabile.

Comportamentul uman este structurat prin integrări succesive şi ierarhice prin care se realizează devenirea unitară şi integrală a personalităţii (9).

Numai cultura poate să dea comportamentului uman sensul selectiv şi direcţional, iar agresivitatea în scop de apărare fiind sublimată cultural prin competiţie şi întrecere. Apare evident în acest caz rolul factorilor mediaţi prin care se acţionează favorizant sau defavorizant asupra socializării comportamentale. Cînd se acţionează defavorizant se poate ajunge la manifestări psihopatologice de aspect deosebit de grav prin care se instituie situaţii de risc pentru persoană însăşi sau pentru anturajul său.

Psihopatiile ca structuri dizarmonice de personalitate instituie o relaţie de eşec sau derapaj cu ambianţa, dezechili-

bra şi suferinţă ce poate realiza păstrarea funcţiilor de cunoaştere dar cu o agenezie constantă a sentimentelor de alteritate, în proiecţia valorilor existenţiale.

Concluzii:

Psihopatiile se caracterizează printr-o insuficientă capacitate frenatorie a pornirilor instinctiv emoţionale şi defectivitatea sentimentelor moral-sociale în prezenţa unei capacităţi psihice şi de înţelegere asupra conţinutului şi urmărilor unor acţiuni întreprinse.In acest context se poate spune că psihopatiile reprezintă un grup polimorf de dezvoltări psihopatologice de motivaţie plurifactorială caracterizate clinic printr-o insuficientă capacitate episodică sau permanentă de integrare la condiţiile de afirmare şi funcţionare ale mediului familial, profesional sau de viaţă şi acţiune.
Prezentarea cîtorva dintre aspectele semnificative despre personalitate accentuată sau psihopatică, precum şi despre comportament şi geneza dezordinii psihopatice continuă să cerceteze în continuare aceste fenomene de psihopatologie clinică. date privind psihopatia din perspectiva psihopatologiei relaţionale poate stabili noi puncte de vedere din care să fie abordate aceste fenomene.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. H.Ey, P.Bernard, Ch.Brisset-Manuel de Psychiatrie,Ed.Masson, Paris,1978
2. Gelder M., Gath D.,Mayon R.: Oxford Texbook of Psychiatry - Oxford Med.Press.1989
3. Gorgos C.(sub red.) - Vademecum in Psihiatrie,Ed.Medicală, Bucureşti,1985
4. Leonhard K.: Personalităţi accentuate în viaţă şi în literatură.Ed.Stiinţifică şi Enciclopedică,1979
5. Pichot P.: Naissance et vicissitudes du concept de maladie mentale.Act.Belg.1988,3,207-221
6. Pirozynski T.(red.)- Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic, IMF Iaşi,1987
7. Pirozynski T.(red.)- Patologia agresivităţii intrafamiliale. Rev.Med.Chir.(supl.)199o.

8. Pirozynski T., Chiriță V., Boișteanu P.: Psihiatrie clinică, U.M.F. 1983
9. Pirozynski T., Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relațională, Iași, 1989
10. Talbott J.A., Hales R.E., Yudofsky S.C.: Textbook of Psychiatry - Amer.Psychiatr.Press, Wash, 1988.
11. R.F.Tredgold, H.H. Wolff - Psychopathie, disorder of Pathological Personality, Ed.Duckworth, Gloucester, Crescent, London, 1975
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (D.S.M.)R. Amer Psychiatr. Assoc. Wash.1987.

Cuvinte cheie:

- Psihopatiile

Etica purtată de cunoaștere (nu etica cunoașterii) este axiologia care pleacă de la judecățile de valoare ale omului de știință, odată cu valoarea comprehensibilului, care promit o deschidere extrem de vastă, se realizează o parte din visatul progres moral al omenirii. Etica devine astfel mod de cunoaștere și acțiune.

EDUARD PAMFIL

CONSIDERATII PSIHOPATOLOGICE PRIVIND UNELE TULBURARI COMPORTAMENTALE IN EPILEPSII

BERGHI I.,CHIRA D., POSTELNICU C.

Introducere.

Comportamentul uman, considerat uneori o reacţie globală, sintetică este în realitate rezultanta unui proces complex şi reflectă relaţiile multiple dintre subiect şi mediu, nu în mod liniar şi uniform ci într-o manieră calitativ diferită de la o personalitate la alta. Comportamentul este o experienţă activă, dinamică, integrativă, a trăirilor ideoafective, în proiectul său de realizare şi existenţă. El exprimă capacitatea adaptativă şi orientarea situaţională selectiv-discriminativă pe baza trăsăturilor personalităţii în relaţiile sale cu mediul fizic, cultural şi relaţional.

In acest sens, manifestările comportamentului nu reprezintă un şir mecanic de reacţii la stimuli exteriori, ci o activitate complexă care exprimă sintetic, dar în acelaşi timp nuanţat şi diferenţiat, personalitatea, în funcţie de datele formative şi informative ale societăţii, de particularităţile de dinamică ale personalităţii pe parcursul dezvoltării sale ontogenetice.

Caracterul dinamic al structurilor informaţionale şi de relaţie cere diferenţierea şi supleţea comportamentului pentru a asigura integrarea sa utilă şi liberă în suita de sisteme normative, legi, tradiţii, valori morale şi spirituale.

Aspecte psihopatologice ale tulburărilor comportamentale în epilepsii.

Epilepsia ca boală care se manifestă prin crize paroxistice de suprimare a cunoştinţei, asociate sau nu cu tulburări psihice intercritice, implică numeroase manifestări de comportament aberant.Bolnavul epileptic se află permanent în pragul unei decompensări comportamentale, prag pe care îl poate trece cu uşurinţă mai ales sub influenţa unor situaţii stressante.

Pentru elucidarea condiţiilor psihopatologice care se proiectează în comportamentul deviant la bolnavul epileptic este necesară raportarea acestora la natura şi modalitatea de manifestare a tulburărilor psihice, care se asociază paroxismelor neuronale (tulburări cu evoluţie paroxistică, intercritică tranzitorie respectiv permanentă).

Tulburările comportamentale paroxistice au fost descrise mai frecvent în epilepsia temporală.Se consemnează crizele de dipsomanie şi hiperfagie paroxistică în leziunile ariei 13(2), crizele de hipersexualitate în tumorile de lob temporal sau cu localizare medio-frontală, crizele de furie în tumori de lob orbitar, în cele prechiasmatice sau de treime anterioară a lobului temporal.In crizele psihomotorii se descrie uneori agitaţia paroxistică, însoţită de mare agresivitate, cînd bolnavul are tendinţe clastice, putînd ajunge la acte antisociale de extremă gravitate. Agresiunea ictală ar fi determinată de descărcări epileptice care interesează hipocampul, amigdala şi hipotalamusul.Totuşi Delgado şi colaboratorii au arătat că violenţa critică francă este foarte rară: din 5400 cazuri studiate doar 13 au avut manifestări de violenţă, mai ales în faza confuzională postcritică (4).

Comportamente inadecvate pot fi induse şi de tulburări paroxistice afective euforie,anxietate sau depresie. In special anxietatea paroxistică poate genera reacţii comportamentale de apărare cu acte de hetero sau autoagresiune deosebit de periculoase, atît pentru bolnav cît şi pentru anturaj (6;7;14).

Stările crepusculare postaccesuale pot fi la originea unor manifestări de agitaţie psihomotorie, cu agresivitate marcată, uneori acte automate. Crizele mentale pot fi cadrul de manifestare a unor atacuri psihotice de tip schizoid (1,13).

Tulburările psihice intercritice tranzitorii pot îmbrăca aspectul caracteristic stărilor crepusculare cu elemente stuporoase, onirice şi anxioase.Reperele psihopatologice care motivează distorsiunile comportamentale în aceste circumstanţe sînt numeroase: tulburările afective (depresia,anxietatea) pot constitui baza comportamentului autoagresiv sau a celui de apărare cu agitaţie psihomotorie extremă şi fugi patologice.Prezenţa halucinaţiilor şi a tulburărilor în conţinutul gîndirii pot determina fie stări de agitaţie extremă,fie o tendinţă particulară spre acte de violenţă. Pe fondul cîmpului de conştiinţă îngustat pot apare comportamente automate, coordonate sau nu,dar întotdeauna însoţite de lipsa discernămîntului critic.

Manifestările disçomportamentale din starea crepusculară deşi uneori pot avea un aspect coordonat sînt adeseori surprinzătoare, ilogice, caracterizate ca extrem de violente şi crude şi sînt urmate de amnezie lacunară.

Fuga epileptică crepusculară este dezordonată, survine intenpestiv şi se produce pe fondul unei stări hipertimice negative. Manifestările delirant halucinatorii (cu halucinaţii vizuale şi auditive terifiante sau cu idei delirante cu tematică variată: de persecuţie, de prejudiciu sau religioasă) pot constitui variante ale stării crepusculare care generează comportamentul aberant postcritic.

Tulburările comportamentale iniţiate în stările distimice pot fi foarte variate cu expresie clinică, de la anxietate sau depresie tranzitorie cu conduita autoagresivă pînă la tabloul caracteristic al unei psihoze maniaco-depresive cu evoluţie monopolară sau mixtă. In condiţii prodromale se remarcă cel mai frecvent disforie,iritabilitate şi depresie,manifestări care se remit în etapa postcritică.

In spectrul atît de complex al tulburărilor psihice intercritice un loc aparte îl deţin două manifestări discomportamentale de tip impulsiv: dromomania şi dipsomania a căror relaţie patogenică cu accesul epileptic este încă controversată (2,13).

Pentru a descrie tulburările de comportament din sfera tulburărilor psihice intercritice cu caracter permanent este necesar a aduce în prim plan caracteristicile personalităţii epilepticului. Perturbarea unora sau altora din structurile componente ale personalităţii va determina distorsiuni de expresie comportamentală cu diferite aspecte, în funcţie de particularităţile individuale şi de stadiul dezvoltării personalităţii.

In mod caracteristic comportamentul şi personalitatea epilepticului evidenţiază la analiza clinică trăsături ca: iritabilitate explozivă şi instabilitate a dispoziţiei pe un fond de lentoare ideomotorie (bradipsihie, bradilalie, bradikinezie), comportament adeziv particularizat prin meticulozitate efectorie, perseverenţă şi detaliere ideatorie. Epilepticul afişează un exces de politeţe, priveşte cu blîndeţe,este însă suspicios, sugestionabil; cînd este neîndreptăţit nu uită, elaborează acte de răzbunare pe care le săvîrşeşte în mod neaşteptat şi cu deosebită cruzime. Prin urmare docilitatea coexistă cu impulsivitatea, blîndeţea şi teama de agresivitate,ceea ce realizează un aparent paradox care a atras atenţia şi a fost definit ca „bipolaritatea personalităţii epileptice identificată în procesele psihice şi în comportamentul bolnavului" (11,12).

G.Perinii (9) semnalează la majoritatea bolnavilor cu cri-

ze epileptice parţiale le este caracteristică o religiozitate pregnantă (9). Alţi autori (Tucker şi colaboratorii,1987) consideră a nu exista o corelaţie semnificativă între localizarea focarului epileptogen, tipul de criză şi religiozitate. Stevens (1975) a consemnat nu mai puţin de 60 de termeni care au fost aplicaţi bolnavilor epileptici: adeziv, agresiv, nemulţumit, vorbăreţ, capricios, paranoid, perseverent, cu izbucniri de furie, religios, schizoid,recalcitrant,vicios,etc.(9). Trăsăturile personalităţii epileptice descrise de Diehl (1978 includ bradipsihia,perseverenţa,preocuparea permanentă de autojustificare, agresivitatea(3). Lennox accentuează şi asupra altor factori responsabili de demodulările comportamentale ale epilepticului: leziuni cerebrale concomitente, acţiunea medicaţiei anticonvulsivante, stigmatele conferite de boală.

Existenţa unor trăsături specifice de personalitate la bolnavii epileptici (în special la cei cu epilepsie de lob temporar) nu a fost corelată cu frecvenţa crizelor ci cu durata crescută a evoluţiei bolii.Activitatea critică susţinută şi repetată a fost incriminată drept cauză a leziunilor neuronale din structurile sistemului nervos central implicate în afectivitate, agresivitate, sexualitate şi în mod deosebit în sistemul limbic, în special hipocampul şi nuclii amigdalieni.

O atenţie deosebită a fost acordată tulburărilor de comportament sexual la epileptici. Mai frecvente la bolnavii cu epilepsie temporară , aceste tulburări sînt foarte variate astfel Saunders şi colaboratorii (1970) studiind o sută de bărbaţi epileptici au remarcat la 40% dintre aceştia prezenţa tulburărilor de comportament sexual: hipersexualitate, impotenţă dar cu păstrarea libidoului, reducerea libidoului şi hipoerecţiei, tulburări de libidou, impotenţă sexuală psihogenă, perversiuni sexuale. Relaţia dintre epilepsia şi hiposexualitate, cea mai frecventă formă de manifestare a tulburărilor de comportament sexual în acest caz a fost stabilită pentru prima dată de Gasteud şi Collomb (1954) dar ulterior a fost confirmată şi detaliată patogenetic de numeroşi autori, care au subliniat rolul debutului precoce al bolii precum şi cel deţinut de efectele secundare ale medicaţiei anticonvulsivante (8).

Prin repercursiunile severe asupra interrelaţiilor personale comportamentul agresiv al epilepticului a suscitat interesul multor cercetători.Rey şi colaboratorii (1949) arată la 44 din

cei 49 de bolnavi studiaţi erau deosebit de iritabili şi se manifestau agresiv.

Kligman şi Goldberg (1975), Stevens şi Herman (1985) ajung la concluzia că relaţia epilepsie-agresivitate este mai probabil susţinută de factori nespecifici care sînt comuni atît violenţei cît şi epilepsiei.Astfel de factori,prezenţi în exces la populaţiile de bolnavi epileptici sînt: status socio-economic precar, morbiditate parinatală crescută,infecţii şi alte afecţiuni cerebrale, stigmatele psihocomportale ale bolii,creşterea dependenţei individului şi slaba integrare socială a epilepticului. Factori asociaţi ar fi: spectrul clinic complex al crizelor, leziuni specifice la nivelul sistemului limbic care grevează controlul impulsivităţii şi condiţionează raptusul agresiv.

Prin frecvenţa sa deosebită tulburarea depresivă interictală (Betts şi colaboratorii,1977,găsesc la 72 de epileptici spitalizaţi un procent de 31% depresivi) se impune ca o condiţie clinică de risc major în geneza manifestărilor discomportamentale.Corelat cu acest fapt, datele statistice demonstrează probabilitatea sinuciderii la epileptici este de 5 ori mai mare decît în populaţia generală.Factorialitatea motivaţională este însă mai complexă alături de elementele prihodinamice fiind implicaţi şi factorii organici.

Deşi marea majoritate a epilepticilor îşi păstrează funcţiile intelectuale intacte pe întreaga durată a vieţii, demenţa poate fi uneori contextul, sursa destructurării comportamentale la epileptic.Merită a fi subliniat,spre deosebire de alte tipuri de demenţă, în cea epileptică,grija pentru propria sănătate şi interesele înguste individuale sînt mai bine conservate, caracterizînd comportamentul bolnavului („demenţă concentrică").

Concluzii:

Complexitatea procesualităţii psihopatologice la epileptic, aşa cum se desprinde din cele expuse anterior, presupune extinderea cercetării motivaţiilor implicate în geneza tulburărilor de comportament la particularităţile relaţionale care imprimă un pattern specific fiecărui bolnav, condiţionînd apariţia, evoluţia şi consecinţele disfuncţionalităţilor.

Riscul comportamental patologic devine astfel un reper permanent în elaborarea şi aplicarea unui program de asistenţă

diferenţiată a epilepticului, menit să structureze un sistem de relaţii ambientale protective în măsură să influenţeze benefic destinul bolnavului şi probabilitatea de apariţie a unor situaţii victimologice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Ajuriaguerra J.,Hecaen H.: Le cortex cerebral.Etude neuropsychopatologique,Masson et Cie,Paris,1960
2. Arseni C.,Popoviciu L.: Epilepsiile- Editura Stiinţifică şi Enciclopedică,Bucureşti,1984
3. Diehl L.W.: Epilepsie und Suizid - Psychiatr.Neurol.Med.Psychol.og,1986,38,11.
4. Delgado R.J.: Biol.Med.1981,34,3
5. Dimitriu R.: Epilepsia temporară.Teză de doctorat,I.M.F.Bucureşti,1969
6. Dimitriu R.: Cîteva contribuţii la studiul cadrului nosologic autonom al epilepsiei psihomotorii - Simpozionul „Epilepsiile",Cluj Napoca,1980
7. Fendel W.-Temporal lobe seizures,in: Vinken P.J.,Bruyn G.W. (Editors)- Hantbook of clinical neurology,vol. 15, North Holland Publ.Comp.,Amsterdam,1974
8. Gaustaut H.,Colomb H.: Etude du comportament sexual chez les epileptyques psychomoteurs - Rev.Neurol,1954, 2,2
9. Perini G.i.- Emotions ant personality in complex partial seizures, Psychoter.Psychosom,1986,45,3
10. Pirozynski T.(sub redacţia): Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic,I.M.F., 1987.
11. Pirozynski T.(sub redacţia): Psihiatria azi - Rev.Med.Chir. (supliment),Iaşi,1985.
12. Pirozynski T., Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relaţională.Rev.Med.Chir.(Supliment),Iaşi,1989
13. Popoviciu L.,Arseni C.: Simpozionul „Epilepsiile",Cluj Napoca, 1980.
14. Williams D.: Temporal lobe syndrome,in: Vinken P.J.,Bruyn G.W. (Editors) - Hantbook of clinical neurology. Vol.11,North Holland Publ.Comp.,Amsterdam,1969.

Cuvinte cheie:
- Epilepsii
- Tulburări comportamentale

POLIMORFISMUL CONDUITELOR AUTO ŞI HETEROAGRESIVE

PROF.DR.TADEUSZ PIROŻYŃSKI

Consideraţii generale asupra conduitelor auto şi hetero-agresive

Conduitele ce motivează şi exprimă atitudinile raportului faţă de sine sau privesc acţiunea şi intervenţia directă ce se exercită asupra altora, deţin o dilematică condiţie ca aparţine problematic personalităţii umane, a traiectoriei sale de existenţă, a unui destin propriu, cu numeroase şi complexe relaţionări ce dau sens unei condiţii existenţiale. In proiecţia acţională a vieţii, a tendinţelor primare de vieţuire se afirmă şi modalităţile elaborate de conduitele de protecţie şi apărare, ca şi cele ce exprimă diversitatea motivaţiilor şi conduitelor agresive, în forme sau grade alternative sau dominante, într-o singulară tipologie a insului şi a ordonării sale de sine. Orice formă particulară de angajare a personalităţii implică nivele potenţiale sau reacţii şi atitudini agresive,după cum la situaţii critice existenţiale subiectivarea autodistructivă devine o alternativă a tensiunii psihice şi a unor proiecţii vitale de funcţionare şi afirmare. Această durabilă permanenţă de la discutabila condiţie a conştiinţei umane, dintre heteroagresivitate şi autodistrucţie, conferă o particulară dimensiune suicidului, ca fenomen caracteristic fiinţei umane fără replică de gen similar a oricărei condiţii a vieţii şi naturii.

Istoria suicidului se confundă probabil cu istoria însăşi a condiţiei umane. Acţiunea istorică aparţine evenimentelor şi succesiunii lor, pe fondul transdimensional al conştiinţei psihice şi morale printr-o solidară comunicare interumană identificabilă în distincte semnificaţii structural subiectivate.Suicidul rămîne astfel un fenomen uman,cu propria sa istorie şi cu fiecare istorie relativ particulară şi caracteristică gradului de înţelegere sau repudiere a sensului ce i s-a tolerat.

Este greu de crezut ca legenda şi mitul să nu transfigureze în semnificaţiile sale proprii rădăcinile veridice ale unor fapte şi evenimente consumate, dar păstrate într-o memorie durabilă de existenţa întîmplărilor. Obiceiurile, modul de relaţie interumană,morală şi aspiraţiile proprii influienţează şi dau o caracteristică sau o tipologie particulară atitudinilor

comportamentale bazale ale agresivităţii şi componentelor sale autodistructive, prin care se înţelege în mod general şi suicidul.Astfel în durata timpului şi în diferite culturi semnificaţia conduitelor distructive faţă de persoana umană au consemnat obiceiuri şi motivaţii ce configurează atitudini valorice diferite, cu reprezentarea însă a unui raport comun de relaţii umane structurate de un puternic liant de simboluri şi informaţii subiectivate.

In perspectiva cercetării şi în conotaţia noastră a preveţiei şi esistenţei suicidului se poate distinge aspectul individual şi personal al suicidului şi cel social şi instituţional al acestor conduite. Intre aceste aspecte se interpun însă constante comune ce difuzează între condiţia individuală şi cea a relaţiilor de contact, a comunicării ce influienţează conduita individuală sau efectul ei asupra reacţiilor şi gradului de participare al altora, ca şi nivelul de înţelegere generală al unor atitudini de comportament (21,24).

Natura firească a condiţiei umane aparţine de la formele gregare şi elementare la cele elaborate şi sublimările ce exprimă particulara ambivalenţă a heteroagresivităţii şi cea autodistructivă şi autoagresivă.Referinţa însăşi a naturii şi istoriei noastre umane enumeră şi consemnează neomisibila implicare a raportului de viaţă şi grup social, în forme şi etape caracteristice destinului său existenţial. Lucrarea lui Gabriel Desbaies (7) citează documentarea din vechiul Testament ce abundă de exemple de suicid (Saul, Samson,Eleazar, în perioadele Ptolemeilor) după cum, în noul Testament, moartea lui Iuda Iscariotul pune probleme de de exegeză fără a omite alte probalităţi. Lucrarea lui Albert Bayet (3) oferă o mărturie istorică şi morală a suicidului din antichitate şi timpurile moderne.Lucrarea lui Norman L.Farberow (9) semnalează atitudinea diferită faţă de actul suicidar, semnificaţiile funciare ale moralei primitive în expresia religiozităţii sau/şi a superstiţiei sau a sacrificiilor ritualizate, cu rezerve durabile în care moralitatea devine o referinţă ordonatoare a conduitelor social-umane.

In diferite culturi, în tradiţia şi consemnarea istoriei din diferite perioade de timp, putem constata atitudini de repudiere severă a suicidului, atitudini de toleranţă, pînă la

raţionalizarea unor norme ca model de viaţă individuală sau chiar ritualizarea voluntară autodistructivă de dominanţă etică. Această foarte generală şi sugestivă prezentare de perspectiva socio-istorică şi antropoculturală, se alătură în mod necesar la alte dimensiuni multimodale cum ar fi cele ale psihologiei, ale doctrinelor morale, etice, juridice sau socio-economice. In mod firesc şi distinct conduitele personalităţii umane faţă de sine şi a raportului acţional faţă de alţii cuprind prin heteroagresivitate şi aspectele sale autodistructive, cît şi cele psihiatrice. Astfel psihiatria ca disciplină medicală cercetează motivaţia şi acţiunile complexe psihopatologice şi relaţionale, ca şi cercetarea factorilor de risc şi asistenţa stării de sănătate mentală.

Prin opţiunea noastră, termenul general de suicid sau sinucidere aparţine problematic şi lumii noastre contemporane ca o constantă atitudine medicală şi morală a promovării valorilor vieţii, naturii şi stării de sănătate mentală cu implicaţii individuale şi generale. Condiţia individuală şi subiectivă, sensibilă la propriile aspiraţii şi responsabile atitudini faţă de propriul său destin, rămîne o nedesminţită permanenţă umană (18). Această atitudine individuală, subiectivă în proiecţia reflexivă a propriei sale conştiinţe aparţine unui fond comun al comunicării interumane, cu elaborări proprii de valori şi o continuă rezervă de comunicare constantă de simboluri şi surse arhetipale. Prin această rezervă şi implicare a socialului, în sensul de egală măsură a subiectivării individuale şi a difuziunii sale comunicante în relaţiile interumană, se precizează şi limitele demersului nostru în asistenţa psihiatriei actuale (19, 24).

Limite, definire şi metode. Suicidul nu a fost ilustrat decît prin mărturii istorice, iar în ultimul secol cercetarea sociologică a folosit statistica şi epidemiologia medicală a bolilor netransmisibile ca analiză a factorilor de risc şi prognoză pentru aprecierea stării de sănătate. De la aceste începuturi semnalăm lucrări cum sînt ale lui P.F.Lisle (13), L.Bertrand (4), J.F.Briére de Boismont (6), F.A.Morselli (14), J.J. O'Dea (15), A.Legeyt (12), S.A.Strahan (25). Contribuţia lui E.Durkheim (8) a extins şi dezvoltat influenţa factorilor sociali ca fenomen colectiv de studiu al suicidului.

De la lucrările de referinţă istorică ale lui J.E.Esquirol (27), pînă la dezvoltarea psihiatriei moderne şi pînă în zilele noastre studiul şi asistenţa conduitelor suicidare, în diverse şi numeroase aspecte, a fost o durabilă preocupare medicală. Această corectă şi îndreptăţită limitare a psihiatriei la un fenomen existenţial şi de semnificaţie tipică, poate fi cercetată prin caracterul particular al unor metode de analiză sau de cercetări multimodale şi dimensionale, fără a putea nici epuiza şi nici cu exclusivitate generaliza condiţia sa autentic umană. Astfel, înainte de a putea ajunge la limitele stabilite ale psihiatriei moderne privind natura conduitelor suicidare au funcţionat sistemele morale, religioase sau filosofice şi chiar convingerile comune ale oricărei fiinţe omeneşti şi al modului ei sensibil de a acţiona şi reacţiona.

Din această perspectivă medicală a psihiatriei putem opera particularităţile şi limitele de cercetare ale unor conduite psihocomportamentale cu motivaţii extrem de complexe şi în egală măsură diferite ca potenţial şi dominanţă acţională.

După Gabriel Deshaies (7), autoprovocarea morţii a fost individualizată ca termen şi limbaj în mod tardiv, fără a se consemna în antichitate, în limba greacă sau latină, un termen curent stabilit pentru sinucidere.

In evul mediu a luat curs expresia: sui homicida sau sui ipsius homicidium care pune un puternic accent asupra homicidului, ca moartea de sine însăşi produsă, deosebită de cea a altora, ca stare comună în toată istoria epocilor şi pe care astăzi o atribuim în mod general heteroagresivităţii omucidare. Termenul de suicid a fost folosit pentru prima dată, în 1737, de abatele Desfondaes şi a fost adoptat cu o rapidă extindere de către Voltaire, Helvetius,Holbach şi figura deja în dicţionarul Academiei în 1762(7). De la precizarea etimologică, din latină sui (sine) şi caedere (o omoară) decurg sensul, delimitările şi categoriile ce deosebesc suicidul de crimă, accident sau alte circumstanţe independente de propria voinţă săvîrşite de o persoană. Deosebirea explicită însă dintre suicid şi acţiunea omucidară sau provocată de o persoană, prin natura însăşi a nevoii de precizare a unor termeni a oferit enunţuri descriptive sau tehnice şi lexicale.Astfel se acordă ca valoare şi clasificare termenul de suicid complet, tentative de sinucidere,

parasuicid, acţiuni autoinduse, acţiune de autolezionare, autootrăvire sau sinucidere cu otravă, acţiune autodistructivă, autolitică sau alte mecanisme precizate ca sinucidere confirmată. Valoarea medicală sau operaţională a acestor termeni şi echivalenţilor săi are corespondenţă proprie fiecărei limbi şi se referă în mod esenţial la conţinutul definitoriu al suicidului.

După opinia noastră acest conţinut prin motivaţia sa proprie este greu de generalizat, cel puţin în valoarea sa socio-istorică şi culturală, iar limitele sale pot rămîne explicate doar în comprehensiunea medicală şi a psihiatriei moderne. Acest model plurimodal şi comprehensiv al psihiatriei contemporane pare a exprima particularităţile deosebite ale condiţiei individuale şi ale unor relaţii generale, caracteristic şi dinamic unor motivaţii arhetipale şi situaţionale.

Este firesc ca punctele de vedere să fie de atitudini diferite pentru noi, însă rămîn constante proiecţia medicală a psihiatriei şi condiţia morală a funcţionării sale.

Contribuţia lui Durkheim (8) este bine cunoscută asupra suicidului, dar ea exprimă tendinţa de a elimina pe cît posibil din intenţie şi conştiinţa subiectului. In acest fel suicidul este considerat „Toate cazurile de moarte care rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ săvîrşit de victima însăşi de a cărui rezultat ştie că se va produce". După dicţionarul M. Baldwin (2) se recurge la o definire mai concisă; „Omor intenţional de către sine însăşi".

M. Halbwachs (10) acordă o precizare şi anume: „Toate cazurile de moarte care rezultă de un caz săvîrşit de victime însăşi cu intenţie sau în vederea omorîrii sale şi care nu este un sacrificiu".

Aspectele exemplificate nu pot avea doar un caracter speculativ şi toată prezentarea noastră se adresează şi particularităţilor psihiatriei contemporane de stabilire complexă a motivaţiilor, a riscurilor stării de sănătate mentală, a prevenirii asistenţei şi reabilitării condiţiei de viaţă şi funcţionare a fiecărei persoane. Din acest punct de vedere, ca definire şi metodă suicidul deţine o semnificaţie individuală, dar cu o expresie şi participare relaţională. In psihiatrie, cercetarea şi asistenţa sa amplifică problematica conduitelor ce perturbă relaţiile interumane de la stările psihoreactive pasagere sau

durabile,pînă la destructurările conştiinţei de sine de aspect degradativ şi psihotic. Contextul lor se articulează, iar conduitele extrem de polimorfe în tentativele de suicid şi ponderea lor statistică confirmă valoarea lor univocă ca fenomen uman individual şi relaţional (24,26).

De la etapele suferinţelor fizice şi morale asistenţa de compasiune şi sprijin umanitar s-a filtrat prin opinii şi sisteme etice, în care s-a cristalizat dreptul şi valorile fundamentale ale vieţii, dincolo de care orice desistare de asistenţă medicală sau potrivnice ei, devine o contestare şi negaţie morală şi social-umană.Am spune astfel, fiecare are şansa şi libertatea asupra destinului său, după cum toţi avem însă datoria şi obligaţia de a asista şi promova dreptul la existenţă şi viaţă, a tuturor şi fiecăruia.

Psihiatria actuală, cîteva puncte de vedere şi contribuţii. Polimorfismul conduitelor hetero şi autodistructive se referă în limitele actuale ale psihiatriei, la cercetarea stării de sănătate mentală a fiecărei persoane şi a relaţiilor sale de viaţă. Cercetările şi progresul cunoştinţelor biomedicale,fizice şi biofizice, statistice generale şi aplicative, dimensiunea socio-culturală, psihologică, referinţele socio-economice,juridice şi raportarea la condiţia morală şi etică consacră psihiatriei,conceptul şi metodologia limitelor sale medicale şi ale intervenţiilor ce i se pot atribui. Acesta pare, în mod explicit şi faptic în studiul asupra tentativelor şi al suicidului realizat, dar în egală măsură el se extinde de fapt la conduitele relaţionale de risc sau dezvoltare psihopatologică (16). Este deci firească preocuparea actuală medicală, epidemiologică şi sociologică, în tot contextul pluridisciplinar al dinamicei privind starea de sănătate mentală a fiecărei persoane şi al potenţialului de risc ce-l comportă.

După E.Durkheim, fiecare categorie de suicid aparţine unor tipuri distincte, astfel se poate distinge suicidul fatalist, cel egoist, altruist şi cel anomic. Echilibrul şi dezechilibrul ar rezulta din confruntarea dintre cupluri antagoniste,cel egoist şi altruist stabilind şi gradul de integrare al unui individ într-o societate, după cum cel anomic şi fatalist exprimă dezintegrarea socială şi lipsa normativităţii sale, spre deosebire de excesul nemăsurat şi rigid al unor reglementări.

Totuşi, acelaşi autor a consemnat şi punctul sensibil al fiecărei persoane care se implică din afară, din exterior, care se insinuiază cu mai multă uşurinţă în sine şi îl incită spre a se distruge. După aceeaşi opinie ar exista deci la fiecare popor o forţă colectivă, o energie determinată care împinge oamenii a se ucide.

Deşi suicidul rezultă dintr-o situaţie socială precisă, sursele sale individuale şi generale rămîn incerte şi numai uneori aparente. Ne găsim într-o situaţie nedepăşită, întrucît persoana care a depăşit suicidul nu mai poate proceda - a posteriori - decît prin markeri tanatogeni, sau ceea ce ar putea reconstitui o autopsie psihologică.

Suicidul menţine atenţia preocupărilor psihiatriei şi ale unor preocupări pluridisciplinare din ultimul secol, ceea ce se explică şi prin foarte ampla tematică bibliografică distribuită în extinse domenii, dela cele generale şi de cazuistică, pînă la explorări şi analize de particulară specializare. Toate aceste aspecte actuale servesc de fapt asistenţei medicale şi modalităţilor sale de prevenţie şi reabilitare.

Stabilirea, descripţia şi tentativele de clasificare ale unor mobile şi direcţionări ale conduitelor auto şi heterodistructive aparţine unor contribuţii şi puncte de vedere diferite, ce contribuie în ansamblul lor la problematica mereu actuală a stării de sănătate mentală. O asemenea tentativă a lui J.Baecher (1) porneşte de la realitatea cazurilor considerate niciodată pure şi în limite uneori greu de stabilit dintre realitatea firească sau considerată normală şi cea patologică.

Suicidul escapist ar decurge din reacţiile de fugă faţă de situaţiile greu tolerabile, de doliu şi pierderea elanului vital, autoimputabilitate reală sau imaginară.

Suicidul agresiv ar decurge din răzbunarea culpabilizată a altei persoane, şantaj, chemări de urgenţă sau chiar suicid comis de omucidere la adresa unei persoane.

Suicidul ablativ apare cu mobil de sacrificiu pentru a salva o valoare considerată superioară propriei sale vieţi, sau convingerii ca dincolo de condiţia morţii faţă de care totul va fi o stare de bine.

Suicidul ludic cuprinde conduitele ordalice prin care se riscă sau se supune cineva întîmplării şi destinului, ca şi unui joc de a se expune pericolului şi morţii.

Contribuţia cu S.Freud şi în general concepţiile psihanalitice cu toată extensiva lor răspîndire, exprimă caracterul dinamic al unor surse şi forţe antagonice tanatos-eros ale condiţiei subiective în care se regăsesc în mod oportun modalităţile psihoterapiei ca prevenţie a situaţiilor dificile, cu risc autolitic. Dinamica pulsiunilor şi caracterul lor instabil este analizată de Karl Menninger (28), ca şi contribuţiile de mare audienţă a lui C.G.Jung (11).După Karl Meinninger patru mari categorii comportamentale oscilează către condiţia morţii: suicidul relaţional (al martirilor, ascetismul, unele intervenţii algice şi chirurgicale), suicidul numit de lungă scadenţă (propriu toxicomaniilor), cel provocat de diverse accidente şi cel al diverselor boli.Suicidul este considerat în acest sens o formă particulară de moarte, care se implică în trei elemente: a muri, o omoară, a fi omorît.In opinia autorului suicidul,prin mecanismele sale pulsionale, este o accelerare brutală de energie autodistructivă cu echivalente heteroagresive.

Prezentarea cîtorva opinii şi puncte de vedere asupra suicidului consemnează analiza sa ca fenomen individual, de grup sau colectiv, ca fenomen psihologic, sociologic sau cultural, ce ar presupune capacitatea psihică şi limitele funcţionale ale conştiinţei de sine.S-au descris în acest fel şi unele categorii cum ar fi suicidul raţional, etic,eutanasic, situaţional, cu motivaţii distincte a fiecărei personalităţi, a particularităţilor sale individuale înăscute sau însuşite,cu gradientul său psihopatologic sau relaţional (29,3o).

Criteriile noastre, se limitează însă la comprehensiunea psihiatriei actuale ca asistenţă a stării de sănătate mentală, a prevenirii, intervenţiei şi a reabilitării sale sub raport individual şi general.Această precizare permite cercetarea suicidului prin incidenţa unor factori patogeni, descrierea sa semiologică şi unele aspecte particulare,raportul dintre auto şi heteroagresivitate şi unele aspecte de prevenţie a conduitelor autodistructive (17,19,22).

<u>Unele aspecte patogenice privind suicidul</u> implică dominant tulburările stărilor afective de severă depresie cu durere morală, anxietate, teme delirante, obsesive şi tulburări halucinatorii, dominate de anteanularea propriei condiţii de a trăi. După cum se ştie suicidul sau tentative de suicid pot apărea ca prima manifestare imperativă, impulsivă şi dominantă a stării

psihopatologice. Uneori dezorganizări emoţionale acute,pasagere sau intense, cu semnificaţie subiectivă, reactive şi de intensitate catastrofică sau existenţială, devin brutale şi supraliminare unei limite de funcţionare vitală.Raptusul anxios cu potenţial latent sau exprimat exploziv realizează riscul şi comiterea; în general, fără semne de avertizare a suicidului (2o).

In aceeaşi categorie sînt cuprinse şi stările pasionale, cu reacţii dramatice însoţite uneori de comiterea unui omor şi urmat apoi de suicid. Nu putem omite semnificaţia depresiei mascate, înşelătoare pentru asistenţa preventivă ambulatorie şi cea clinică.

- Stările delirante de culpabilitate, autoacuzare,ca şi cele cu dominanţa conţinutului mistic, pot ajunge sau dezvolta dominanţa imperativă a unei conduite autodistrûctive, ce poate dura obsesiv şi aceasta cu trecerea duratei ajunge apoi la acte ce se comit.

- Halucinaţiile sub forma lor episodică sau durabilă,auditive şi imperative, vizuale şi terifiante, ce pot institui motivaţia patologică a unei conduite suicidare, ca şi a unor conduite heterodestructive.

- Mecanisme patogene asociate acţionează asupra unor conduite predominant autoagresive, dar uneori şi cu heteroagresivitate cum sînt în cazurile confusivo-onirice-halucinatorii şi anxioase, sau melancolii delirante cu agitaţii anxioase.

Unele aspecte de semiologie privesc suicidul prin frecvenţa epidemiologică a melancoliei, cu particularităţi patocomportamentale relativ evidenţiabile.Astfel sînt cazurile cu stare de stupor inert ca întreţin o ruminaţie obsesivă şi halucinaţii active în cursul căreia se comite suicidul, sau a altor cazuri ce se comportă cu un zîmbet echivoc, resemnare, cu pretextare religioasă sau protectivă faţă de alte persoane, dar care în cursul nopţii şi la trezire procedează la impulsiva rezoluţie autolitică.

Modul de săvîrşire al suicidului este violent,brutal şi aproape este extins la : arme de foc, secţionare cu obiecte tăioase, spînzurare, înnecare, defenestrare,proiectare asupra vehiculelor, asfixiere, ingestie de otrăvuri şi droguri sau aparent disimulate sau evidente sub forma refuzului alimentar sau a refuzului de îngrijire medicală (5,18).

La cadrul semiologic al melancoliei, al evoluţiei si periodice şi paroxistice se încadrează ca potenţialitate şi risc autolitic şi formele de depresie şi melancolie de involuţie cu particularităţile lor clinice psihodegradative.

Delirurile cronice, în aceeaşi semnificaţie de risc, deţin ca aspect semiologic sindroamele delirante pasionale, hipocondriace, mistice, de sacrificiu, de gelozie, de persecuţie. Ele sînt agravate sau asociate de halucinaţii episodice sau durabile şi confuzionale, de etiologie precizată şi predominant endogenă sau asociată, de natură toxică, traumatică sau de altă natură identificată, inclusiv epilepsiile cu tulburările lor psihice.

Sindroamele onirice cunoscute mai ales în bolile infecţioase, exprimă riscul auto şi heteroagresiv în reacţiile delirului acut şi subacut al alcoolismului, al toxicomaniilor, cît şi al unor psihoze acuze psihogenetice.

- Aspecte semiologice caracteristice în psihopatologie se pot manifesta prin reacţii, auto sau heteroagresivitate ce marchează victima sau agresorul, săvîrşite violent, cu cruzime uneori aberant elaborate, în mod bizar şi dezafectat. Sînt astfel ilustrative sindroamele caracteriale sau psihotice epileptice, sindroamele disociative psihoproductive sau catatonice, cele demenţiale, reacţiile de panică şi reacţii primare de scurt circuitare, sindroamele psihopatice şi histerice, ca şi sindroamele delirante melancolice cu paroxisme impulsive mai frecvent autodistructive.

- In cadrul aspectelor semiologice ale unor reacţii autoagresive, din perioadele dezvoltării juvenile ne referim la conduitele de automutilare, tentativele de suicid şi suicidul realizat, cu o dinamică comportamentală extrem de complexă, de la carenţe de autoritate sau de efect pînă la reacţiile de inducţie reciprocă sau de opoziţie şi protest (5).

- Semiologia suicidului colectiv este cercetată sub aspect relaţional şi patologic, ce implică şi dinamica comportamentală diferită fără a putea fi generalizată şi la fiecare situaţie o comprehensivă analiză, în limitele intervenţiei de psihiatrie.

Suicidul şi homicidul sau relaţiile dintre conduitele autoagresive şi heteroagresivitate, într-o prezentare relativ diferită, după opinia noastră, aparţin unui concept interacţional şi

comprehensiv, pe care noi l-am promovat în cercetarea şi asistenţa psihiatriei.

Limitele şi competenţele sale aparţin psihiatriei ca modalitate distinctă şi operantă a stării de sănătate mentală individuală şi generală.

Reacţiile şi conduitele de autoapărare şi protecţie implică şi alternează cu forme şi modalităţi expresive de agresivitate, ce pot deţine un caracter dominant, situaţional şi relaţional sau subordonat şi acţional patologic.

Particularităţi psihoplastice dinamice în traiectoria unor multipli factori,morali, culturali şi socio-economici influenţează patoplastic configuraţia caracteristică unor perioade de timp, în succesiunea sau evoluţia lor.Această configuraţie, sau stilul caracteristic de viaţă, faţă de condiţia umană şi faţă de natura şi valorile lor, deţine o semnificaţie individuală, interpersonală şi relaţională.

Astfel în dimensiunea psihiatriei actuale conduitele suicidare deţin o semnificaţie relaţională şi psihopatologică, cu factori de risc, aspecte de patogenie şi semiologie şi de asistenţă preventivă ca şi promovarea implacabilă şi protectivă a unei condiţii umanitare şi morale.

Conduitele suicidare deţin în toate statisticile o frecvenţă semnificativ mai mică decît tentativele de suicid, cu alternanţă sau dominanţa generală şi polimorfă a conduitelor agresive.

Acest context de riscuri potenţiale, disociabilitate relaţională sau patologie stabilită, conferă caracterul interacţional şi comprehensiv ce-l promovăm psihiatriei actuale şi criteriilor sale de cercetare şi asistenţă.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Baecher J.: Le suicide, Edit.Colman-Levy,Paris,1975
2. Baldwin J.M.: Dictionary of Philosophy and Psychology,The Macmillan Comp., N.Y.,1928
3. Bayet A.: La suicide et la morale,Libr.Felix Alcan,Paris,1922
4. Bertrand L.: Traité du suicide,considéré dans les rapports avec la Philosophie,la Theologie,la Medecine et la jurisprudence - J.B.Bailliére,Paris,1857

Scanned with OKEN Scanner

Vienna 11 th-16 th July 1983,p.502; Rev.Med. Chir.Iaşi,1983,4,541-544

20. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.,Pirozynski Miarka: Le diagnostic nosologique des états depressifs et la signification prognostique dans le crisse suicidaire. Hygiene Mentale (supl.de l'Encephale),Paris 1971,2,1-8.

21. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.,Pirozynski Miarka,Gottlieb H.: Problems of Psychiatric Assistance in Suicidal Behaviour (Winnik H.,Miller L.(edit.) Aspects of Suicide in Modern Civilization, Academic Press,Yerusalim,215.

22. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.,Pirozynski Miarka:Prevention médicale et l'attitude Communitaire dans les conduites suicidaire.Rev.Med.Chir.Iaşi 1981,1, 435-442.

23. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.,Pirozynski Miarka: La psychopathologie relationnele du comportement dans le projection de l'assistance médicale.XIII. Congr.de L'Acad.Internat.de Méd.Lég.et de Méd. soc.,Budapesta,16-2o sept.1985,26.

24. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relațională.Edit.Rev.Med.Chir.Iaşi,1989.

25. Strahan S.A.: Suicide and Insanity,S.Sonnenschein.Comp., London,1893.

26. Ringel E.: Naus nunbersuchung zum Scedst mordproblem,Edit. Hollinek,Wien,1961

27. Tomorug E.,Pirozynski T.: Suicide Attempts and their Prevention,4 th Congr.for Suicide Prevent,Los Angeles,1967,216-226.

28. X X X Les suicides,Produits Roche,1977,Bruxelles.

Cuvinte cheie:

- Agresivitate
- Suicid

CONDUITA SUICIDARA; INVESTIGATII SI CONCEPT DE EPISTEMOLOGIE MEDICO - LEGALA

CALIN SCRIPCARU

INTRODUCERE

Suicidul este un fenomen ontologic, specific uman, de perturbare a comportamentului relaţional. El este un fenomen specific al evoluţiei conştiinţei umane (al conştiinţei morţii) cu posibilitatea de a anihila instinctul de conservare specific tuturor speciilor.

In condiţiile noastre sociale, studiul comportamentului suicidar s-a abordat cu mare prudenţă, deoarece, concepţiile politice totaliteriste nu admiteau că suicidul poate fi şi un fenomen sociologic ci numai patologic. Precizînd că instaurează o societate perfectă în care omul nu are motive extrinseci (sociale) de determinare la suicid, aceste concepţii recunoşteau indirect etiologia sa complexă, inclusiv sociologică. Din acest motiv, studiul de faţă îşi propune a evalua factorii epidemiologici, motivaţionali şi predictivi ai suicidului dintr-un unghi de vedere exclusiv ştiinţific, aşa cum a devenit posibil astăzi.

MATERIAL DE STUDIU SI METODE

In acest scop, am studiat 3248 cazuri de suicid realizat într-o perioadă de 10 ani (1982-1991) şi pe un teritoriu delimitat (Moldova) cu o populaţie de aproximativ 5.700.000 locuitori.

Mijloacele utilizate au fost datele morfologice macro şi microscopice, datele anamnestice rezultate din scrisorile lăsate de victimă sau datele relatate de anturaj, ca şi datele „autopsiei psihologice" privind investigarea medico-psihologică a motivaţiei şi circumstanţelor de realizare a suicidului.

Datele noastre epidemiologice relevă o frecvenţă medie a suicidului de 17 la 100.000 locuitori, frecvenţă redusă după datele OMS, care estimează că în lume, suicidul are o frecvenţă între 16 şi 30 la 100.000 locuitori. Considerăm această frecvenţă ca fiabilă, deoarece, în anii analizaţi, prevederile legale de organizare a asistenţei medico-legale au introdus obligativitatea autopsiei în toate cazurile de moarte violentă (crimă, sinucidere sau accident), fapt ce a făcut ca suicidul, ca act autentic, să nu poată fi disimulat de crime, accidente sau morţi patologice iar morţile obscure să fie descifrate şti-

inţiile prin investigaţie necroscopică adecvată.

Funcţie de gradul de urbanizare al localităţilor, această frecvenţă a variat între 10 la 100.000 (în localităţile cu tradiţii religioase şi culturale stabile) şi 24 la 100.000 (în localităţile pe cale de urbanizare, cu mobilitate accentuată a populaţiei, cu tendinţă la anomie socială prin slăbirea sau ruperea legăturilor individului cu grupul său stabil şi afectiv de viaţă). Cum urbanizarea n-a cuprins decît localităţile mari, funcţie de situaţia geografică globală, 57% din sinucideri s-au întîlnit în mediul rural şi 43% în mediul urban.

Considerăm suicidul ca o expresie a agresivităţii, ca un act de violenţă şi deci ca o conduită deviantă, atît timp cît el reprezintă 30% din cazurile de moarte violentă (accidente şi omucideri) la o omucidere întîlnindu-se 2 sinucideri şi o sinucidere întîlnindu-se la 6 accidente.

In raport de vîrstă, majoritatea sinuciderilor s-au întîlnit la vîrsta de 31-40 ani (671 cazuri), 51-60 ani (614 cazuri), 21-30 ani (500 cazuri), 61-70 ani (335 cazuri),11-20 ani(256 cazuri) şi vîrsta peste 70 ani (195 cazuri).De menţionat că în analiza noastră am întîlnit şi 7 cazuri de suicid sub 10 ani în care s-a relevat o frapantă scădere a funcţiei de socializare a familiei.

In raport de anotimp, majoritatea actelor de suicid s-au produs în lunile aprilie (304 cazuri),mai (391 cazuri) şi iunie (332 cazuri) şi mai puţine în lunile noiembrie (232 cazuri),decembrie (185 cazuri) şi ianuarie (199 cazuri),iar ca frecvenţă săptămînală, cu precădere duminica şi lunea.

Raportat la preocupările victimei, 437 au fost agricultori, 489 muncitori, 408 intelectuali, inclusiv 92 de elevi şi 6 studenţi. Un număr de 560 cazuri aveau profesiuni casnice sau nu aveau nici o ocupaţie.

In raport de sex, suicidul realizat s-a întîlnit la 2447 bărbaţi (75%) şi 801 femei (25%).

Tentativa de a despuia motivaţiile şi circumstanţele pulsiunii suicidare a relevat, în general, că la originea sa au stat, în 4o% cazuri, stările conflictuale familiale,în 2o% conflictele predominant sociale, după care s-a situat bolile psihice (îndeosebi stările depresive şi reactive) şi apoi eşecurile şcolare, crizele afective acute (stările pasionale)etc.

Tentativele în antecedente s-au întîlnit la 296 femei, mai frecvent sau procentual ca la bărbaţi (28% faţă de 19%). Dintre acestea 77 femei se aflau la a treia sau a patra tentativă.

S-a mai relevat că 33% din cei ce au recurs la suicid au consumat în prealabil alcool într-o cantitate aptă a produce dezangajarea psihică necesară realizării gestului suicidar (1-2g‰).

In ceea ce priveşte modalităţile de suicid, s-a constatat că, faţă de tentative, unde au predominat intoxicaţiile, suicidul realizat de la început, fără tentative prealabile, a recunoscut asfixia mecanică şi îndeosebi spînzurarea, în majoritatea cazurilor (2211 cazuri). Doar în 583 cazuri, suicidul s-a realizat prin toxine, arme albe şi mult mai puţine prin arme de foc, electrocuţie sau arsuri. Un loc important l-au deţinut de asemeni defenestrările cu precipitare (225 cazuri) utilizarea vehiculelor (94 cazuri) iar armele albe 60 cazuri.

COMENTARII

Din studiul de detaliu a cazurilor analizate, rezultă că, factorii de risc ai suicidului pot fi de natură bio-psihologică ereditară (întîlnind în unele cazuri acte suicidare în antecedentele familiale) somatică (boli incurabile), psihiatrică (boli psihice de natură psihotică ca alcoolism psihotic, psihoză maniaco-depresivă), de natură psihologică (reacţii depresiv-reactive acute şi stări de disperare, dizarmonii de personalitate) şi de natură psiho-relaţională (pensionare, şomaj, stress juridic acut, carenţă afectivă sau abuz parental pentru suicidul minorilor, etc). Despuierea şi clasificarea factorilor de risc relecă că nu există o personalitate specific suicidară, fiecare act de suicid avînd un coeficient personal de participare, coeficient dedus din durata premeditării actului, din momentul ales ca şi din modalităţile de suicid utilizate (L. Deshaes (3), K.Menninger (6). Cumularea a trei-patru factori de risc a crescut de 3-4 ori frecvenţa actului de suicid, aflat totdeauna la limita dintre o fragilitate psihică cu factorii de ambianţă ce îl precipită (Gh.Scripcaru (8), C.Scripcaru (9).

In ceea ce priveşte motivaţia suicidului, din analiza cazurilor am dedus motivaţii directe (reacţii de doliu, stări conflictuale acute, stări de eşec sau culpabilitate, boli psihice de intensitate psihotică) şi mai rar motivaţii indirecte

(fuga de o realitate ambientală penibilă, răzbunare, autopedepsire sau compensare a unor sentimente de culpă şi inferioritate)(E.Durkheim (2), J.Vedrinne (13), C.Scripcaru (9,10).

Nu lipsiţi de interes au fost factorii de trecere la act ce au constat, în ordinea frecvenţei, în consum de alcool, stări acute de stress, conflicte acute, frică de pedeapsă sau atitudinea inadecvată a anturajului.(E.Ringel (8), L.N.Farberow (5).

In sfîrşit, din datele noastre rezultă, fără echivoc, că suicidul ca autoagresivitate, constituie cealaltă latură complementară a heteroagresivităţii, exprimînd frecvent un eşec de exteriorizare, de blocare a unei agresivităţi refulate. Frecvent, motivaţiile suicidului şi homicidului sînt comune şi constau în frustrări, culpabilitate, dificultăţi de inserţie socială sau stări de ambivalenţă, ori de cîte ori urmează omuciderii.(T.Pirozynski(7).

Studiul nostru asupra suicidului, impunîndu-se ca o confluenţă a unei stări psihice particulare (fragile) cu un mediu anomic de existenţă, a obligat la adoptarea unei criteriologii de diagnostic în care, corelarea datelor morfologice (în aval) cu cele psihologice (în amonte), răspunde în modul cel mai adecvat cercetării epistemologice (sub aspectul logicii ştiinţifice) a acestui fenomen.Plecînd de la evaluarea factorilor de risc, pentru prima dată, autorii propun un program de sănătate privind profilaxia suicidului bazat pe predicţia sa ştiinţifică.In acest scop, luarea în atenţie, în principal a tentativei ca „funcţie de apel", a tratării stărilor depresiv-reactive şi a urmăririi lor, ca şi a custodiei familiale, pot avea fiabilitate în cadrul unui program de management al riscului de suicid.Pentru noi, un atare management, în acord cu experienţa altor comunităţi sociale, trebuie să plece de la caracterul ambivalent al ideii de suicid.(E.Cioran (1) vorbea de „dubla imposibilitate de a muri şi de a trăi"), de la existenţa unei crize de conştiinţă, de regulă pasageră, şi se va baza pe reducerea factorilor de risc, pe asanarea factorilor de trecere la act, de dispensarizarea grupelor de populaţie cu risc şi pe disponibilitatea anturajului de a oferi intercomunicare şi protecţie efectivă (R.Diekstra (4), B.Schneider (12).

Durkheim spunea că nu există o societate fără suicid şi că progresul social apare inserabil, pînă la un punct, de un

anumit grad de anomie. Tot el consideră că societatea care nu integrează suficient un individ, favorizează actul suicidar. In predicţia riscului de suicid, Durkheim introducea în riscul de gradul I, stările depresive, în cel de gradul II pe cei drogaţi, de gradul III pe bătrînii solitari, de gradul IV pe bolnavii psihici şi somatici şi de gradul V pe cei cu tentative eşuate. Cercetările şi programele actuale (strategia internaţională de prevenire a suicidului lansată prin Dyextra,de IASP, şcoala Slater cu 12 itemi,ca: depresie, culpabilitate,tentative în antecedente, alcoolism, izolare,antecedente familiale, dificultăţi economice,etc.), scala Cook (pentru bolile psihice), îşi bazează predicţia pe evaluarea corectă a factorilor de risc în scopul ca profilaxia să aibă specificitate,sensibilitate şi probabilitate crescută.In acest scop, se reţine funcţia tentativei de suicid ca fiind de apel (de scurt-circuitare a spaţiului şi timpului de comunicare, chiar şi cel mai solitar suicid), denunţare de sine prin remuşcare şi culpă şi funcţia catarctică de apel către mai bine. Aceste funcţii relevă încă odată că suicidul se află cu o faţă către distrucţie şi cu alta către viaţă, către alţii.De aceea, situaţiile şi atitudinile patogene ale unei comunităţi trebuie convertite în acţiuni sanogene de ajutor medical şi uman.

Pentru unii autori, multitudinea factorilor determinanţi ai suicidului îl fac greu de prezis, diferitele scale neavînd o valoare predictivă şi neînlocuind examenul clinic ce rămîne capital. Pentru alţii însă diferitele scale dau previziuni fiabile în 50% cazuri. In acest caz,scale recomandate ar fi:Brief Psychiatric Rating Scale, Staff Observation Agression Scale, Hamilton Rating Scale for Depression, Scala disperării a lui Beck, cărora li s-a recunoscut o valoare mai mare de construct predictiv.

PROIECTII PREDICTIVE

Un management al riscului suicidului, chiar dacă nu este în măsură a face o prevenţie totală, este însă apt de a reduce riscul de suicid printr-o supraveghere de securitate maximă a stărilor depresive şi în al doilea rînd, printr-o custodie familială care să acopere nevoia de comunicare într-o situaţie în care corpul îndeplineşte un ultim rol.Acest management se va baza pe:

- ambivalenţa ideii de suicid (dorinţe de a trăi şi a muri), din care rezultă criza pasageră de conştiinţă care, pe o personalitate fragilă poate genera actul de suicid.

- valoarea predictivă a tentativei de suicid şi semnificaţia sa hermeneutică, ca un strigăt de ajutor.

- luarea în evidenţă a unor grupuri populaţionale cu risc de crize morale şi sociale cum ar fi cel în şomaj, solitari, deţinuţi,etc., şi evaluarea consecutivă a factorilor de risc în aceste grupe.

- tratamentul şi dispensarizarea stărilor depresive, cu o adevărată monitorizare a lor.

- reducerea factorilor de trecere la act, printre care, consumul de alcool, conflictele sociale, frustrările,etc.

- sprijinul şi disponibilitatea anturajului de a menţine relaţii stenice între comunitate şi spital,în scopul medicalizării suferinţelor morale şi disperărilor.

In esenţă, predicţia se bazează pe riscul sau existenţa tentativei care atestă mai mult un strigăt de apel şi ajutor decît o dorimţă de a muri, fapt ce lasă loc intervenţiei medicale depline.

Se pretinde că o predicţie computerizată, cum ar fi scara Hamilton, oferă date mai pertinente decît pertinenţa clinică, predicţie în baza căreia s-au constituit diferite portrete robot cum ar fi acele privind femeile (sub 35 ani, izolate, care abuzează de medicamente,etc.) sau bătrînii (peste 6o ani, deprimaţi, celibatari, cu tentative de spînzurare în antecedente,etc.)

In baza predicţiei riscului de suicid, se poate face o profilaxie primară, ca adevăratele probleme de igienă mintală şi socială. In această profilaxie, suicidul este conceput ca o boală morală a societăţii care implică educaţia, cultura,religia şi starea materială, cum spunea Durkheim şi se adresează cu precădere factorului social şi unor grupe cu risc.Atenţia se concentrează asupra armatei, unde exigenţele de viaţă,evocarea unor situaţii de război, au făcut ca, în ţări circumstanţe (exemplu în Germania) riscul să fie de 25 la 100.000 la un suicid producîndu-se 37 de tentative, apoi închisoarea,unde prin depersonalizare, abandon şi stigmatizare, suicidul carceral sau în timpul anchetei creşte de 4 ori, grupurile anomice

ca văduvia, bătrînețea, divorțialitatea ori spitalele de psihiatrie ce pot fi suicidogene.

Profilaxia secundară se adresează prevenirii crizei de conștiință la populațiile cu risc, deci în situații dificile de viață și ca atare cu risc vital, cînd conduita suicidară exprimă un conflict ce trebuie negociat și care impune terapeutului ca o patologie a mediului prin excelență. Profilaxia secundară poate avea 5 etape și anume: a contactului cu bolnavul, a obținerii de informații a evaluării potențialului suicidogen, a mobilizării resurselor psihologice subiective și a propunerii unui plan terapeutic.

Profilaxia terțiară implică o asistență promptă a tentativei acordată prin SOS și centre antisuicidare. Plecînd de la abordarea multidisciplinară a suicidului, caracteristica medicinei legale, primul astfel de centru în lume, „Center Crisis Intervention", ca și echipa de investigare a morții (Team Investigation Death) a fost înființat la Los Angeles, de către medicul legist dr. Curphey și el a constituit un model de urmat în toată lumea. De asemeni, IASP a propus un model de prevenire a suicidului ce trebuie adoptat și de țările est-europene.

Profilaxia suicidului nu trebuie considerată ca deziluzia specialistului. Dacă admitem că ideea și tentativa de suicid atestă că subiectul nu este împotriva vieții ci împotriva condițiilor de viață, atunci, un program de sănătate trebuie să se bazeze pe cunoașterea morbidității și mortalității, ca și a factorilor de risc suicidar, precum și pe evaluarea lor în viitor, pe disponibilitățile de influențare ale familiei, și va conține obiective, etape și căi rezonabile de realizare. Orice program de acest gen implică personal pregătit pentru evaluarea și supravegherea factorilor de risc. Suicidul este o problemă majoră de sănătate publică și eficiența unui program se va baza pe prevenirea stărilor depresive și consecutiv a tentativelor de suicid. Deși într-o concepție sociologică o astfel de profilaxie și program medical nu este posibil, cu toate dificultățile, prin mesajele sale, practica medicală nu poate abandona un astfel de efort. Teoriilor cum că suicidul ar realiza o selecție naturală, că ar fi un fenomen exclusiv sociologic ce nu se poate preveni prin reguli medicale sau că omul ar avea libertatea voinței de a dispune de corpul său, li se opun tendințele optimiste care, ca și în eficacitatea pompierilor sau polițiștilor

lasă loc profilaxiei şi programelor de sănătate care vor privi: depistarea factorilor de risc subjacent tentativelor sau ideilor manipulate în amonte, printre care, depistarea depresiei şi bolilor psihice sau somatice, depistarea ideilor sau gesturilor suicidare, a ideilor exprimate chiar indirect cum că un tratament e inutil sau subiectul este preocupat de un testament, depistarea stărilor presuicidare (sindromul Ringel) aşe cum ar fi izolarea şi îngustarea situativă, îngustarea lumii valorilor, incapacitatea de noi contacte efective, transformarea heteroagresivităţii în autoagresivitate, disimularea suicidului prin discuţii despre moarte,etc.

Un program de sănătate privind suicidul, pe lîngă evaluarea şi profilaxia riscului suicidului, va prevedea şi măsuri curative de organizare a urgenţei, printre care,internarea obligatorie (avînd în vedere riscul disimulării ideilor de suicid), încredinţarea bolnavului anturajului format (pentru evitarea recidivei, mai ales în perioadele de dezinhibiţie postterapeutică), servicii de urgenţă încadrate cu personal mixt şi competent curativ în a realiza dedramatizarea unor situaţii (avînd în vedere că 2/3 din ideile de suicid sînt anunţate), conştientizarea sensului vieţii ca modalitate de tratament a crizei de suicid, psihoterapie şi postcură,în care, pentru Kielholz, comunicarea devine o terapie şi supravegherea prin comunicare trebuie să excludă paza. Apoi, cum esenţială în profilaxia suicidului este lupta contra izolării,ajutorul unor organisme de binefacere devine salutar.Dacă admitem că pe termen lung, sub aspect economic, costul asistenţei suicidului este mai mic decît pe termen scurt,atunci, avem şi justificarea economică de solidaritate socială a reducerii riscului de suicid.

CONCLUZII

In concluzie, cunoaşterea morbidităţii şi mortalităţii (a tentativei şi suicidului realizat) şi îndeosebi evaluarea factorilor de risc ai suicidului, constituie o problemă majoră de sănătate publică ce obligă, sub aspect ştiinţific, la optimism privind eficacitatea profilaxiei sale, atît timp cît, ca „patologie a mediului de existenţă", suicidul „nu este îndreptat împotriva vieţii ci împotriva condiţiilor de viaţă"

In concepţia autorilor, fiabilitate, oricărui studiu privind suicidul, trebuie să plece de la etiopatogenia sa ca fenomen de convergenţă bio-psiho-socială, suicidul nefiind altceva decît „o soluţie individuală a unei personalităţi fragile la o problemă ambientală" cu încărcătură anomică. Ca fugă din faţa unei realităţi socotite fără ieşire, cu cît disproporţia dintre motivaţie (uneori banală) şi act (deseori grav) este mai accentuată, cu atît suicidul are o încărcătură patologic-individuală mai accentuată şi invers, cu cît între motivaţie şi act există o concordanţă mai deplină, cu atît rolul factorilor mezologici este mai accentuat. Faptul explică nevoia de e interpreta factorii psihologici în termeni sociali şi pe cei sociali de e-i integra în determinismele psihologice, aspect care permite a concepe suicidul ca un fenomen antropologic de rupere e legăturilor subiectului cu grupul (mediul) său de existenţă.

In ceea ce priveşte motivaţia gestului suicidar, aceasta apare dificil de disecat, deseori pulsiunea autoagresivă depăşind motivaţia sa. Sub acest aspect, suicidul este ca un iceberg, majoritatea motivaţiilor scăpînd investigaţiei ştiinţifice.

In sfîrşit, pentru autor, suicidul este o conduită deviantă, o formă de agresivitate, fapt ce justifică abordarea sa medico-legală, de echipă, care, sub aspect epistemologic, devine convergentă şi cuprinzătoare în ceea ce priveşte etiopatogenia şi implicit căile sale de prevenire.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Cioran E. - Pe culmile disperării, 1990, Humanitas, 206 p. Bucureşti
2. Durkheim E.: Le suicide, Parois, 1889, 4o6 p., Paris
3. Deshaies L.: La pathologie du suicide, PUF, 1947, 250 p, Paris
4. Diekstra R.: Towards a Comprehensive Strategy for Prev. of S. Crisis, 1988, 2, 93-94, Viena.

5. Farberow L.N.- The Many Faces of Suicide.McHill Comp,1986, 306 pg.,New York.
6. Menninger K.: Man Against Himself, Harcourt,1938,42o p. Baltimore
7. Pirozynski T.: Asistența suicidului, Rev.Med.Chir.,1978, 5,26
8. Ringel L.: Hereditary Tendency to Suicide, Wervenheilk,1952, 5,26-29, Viena.
9. Scripcaru Gh.: Conduita suicidară,Epistemologie medico-legală.Congr.Med.Leg.,București,1992,pg.265-268.
10. Scripcaru C.: Suicid și agresivitate. Congr.Med.Leg.,București,1992,pg.295-299
11. Scripcaru C.: Evaluarea și predicția factorilor de risc în suicid,Congr.Med.Leg.,București,pg.299-3o5
12. Schneider B.: La tentative de suicide, Niestle,1954,19o p. Paris.
13. Vedrinne J.: Suicide et conduites suicidaires,Masson,680 p. Lyon,1981.

Cuvinte cheie:

- Suicid
- Epistemologie medico-legală

Teribilul „pariu" al medicinei sufletești, mare și provocare, atît în planul epistemologic cît și în demersul său noetic iese la iveală ori de cîte ori ne propunem să deschidem pecetile misterioase ale persoanei în numele și pentru cunoașterea lumii.

EDUARD PAMFIL

CONSIDERAŢII ASUPRA CAZURILOR DE SUICID ÎN PERIOADA 1.I.1991 - 31.XII.1992 (DIN MUNICIPIUL IAŞI ŞI COMUNELE SUBURBANE)

R.ANDREI, MARIA-ELENA SERBAN, MIRICELA COMISU, P.BOISTEANU

In societăţile moderne suicidul apare ca unul din aspectele negative ale progresului şi "tributul" plătit evoluţiei sociale şi ameliorării condiţiilor de existenţă. În opinia noastră, medicală şi etică, tentativele de suicid ca şi, suicidul însăşi constituie urgenţe medico-psihiatrice absolute cu indicaţii de intervenţie chiar dacă ele rămîn o controversată problemă a conduitei umane(6).

Lucrarea prezintă cazurile de suicid constatate pe o durată stabilită de timp şi limitată la o populaţie şi un teritoriu bine precizat.

Factorii relativi şi de incertitudine pot lua în consideraţie - omisiuni sau neconcordanţe între data decesului şi cea produsă real de cauza suicidului, imposibilitatea determinării intenţiei voluntare suicidare într-o serie de morţi violente aparent involuntare (de ex.în accidentele de trafic sau intoxicaţii); înregistrarea deliberată a actului autolitic sub un alt diagnostic, din considerente etice, morale sau religioase.

Material şi metodă

Metoda de cercetare a folosit: datele existente la Oficiul Stării Civile; concluziile cercetărilor judiciare; datele furnizate de foile de observaţie clinică a cazurilor care au avut spitalizări în antecedente; constatări din documentele de asistenţă ambulatorie a subiectilor dispensarizaţi; anchetele medico-legale şi tanatologice.

Constatări şi comentarii:

În condiţiile şi cu limitările mai sus menţionate,lotul studiat însumează 55 cazuri de suicid în 1991 şi 73 cazuri în 1992 înregistrate pe raza municipiului Iaşi şi a comunelor suburbane totalizînd o populaţie de 373.401 locuitori. În 1991 s-au înregistrat 3391 decese, din care 240 au fost cauzate de morţi violente sub aspect medico-legal (accidente de orice natură , sinucideri şi omucideri) suicidul reprezintă 14,72‰ locuitori.Pentru anul 1992 totalul de decese însumează 3289 ca-

zuri, din care 217 au fost cauzate de morti violente.Suicidul reprezentînd 19,55%o locuitori. Procentual sinuciderile reprezintă pentru anul 1991 1,6% din totalul deceselor, iar pentru anul 1992 cifra ajunge la 2,2%. Se remarcă astfel o creştere a numărului de sinucideri, concomitent cu o reducere a numărului de morţi violente în acord cu studiile de psihiatrie socială care subliniază antagonismul dintre suicid-omucid conform aşa numitei legi a lui „Moury şi Ferry" (3,10).

1. Vîrste

Pentru anul 1991, în lotul studiat, contingentul cel mai semnificativ numeric este cel cuprins între 31 şi 60 de ani, el însumînd 41 cazuri (74,54%).Vîrstele sub 30 de ani şi peste 60 de ani cuprind 10 (18,18%) şi respectiv 4 (7,27%) cazuri.

Aspectul general se modifică pentru anul 1992 unde semnificativă numeric este grupa cuprinsă între 21-70 de ani, însumînd 65 (89,02%) din cazuri. Vîrstele extreme respectiv sub 20 de ani şi peste 70 de ani reprezintă 8 cazuri adică 10,96%.

Dacă grupa de vîrstă sub 20 de ani nu prezintă variaţii semnificative, 3 cazuri în 1991 faţă de 2 cazuri în 1992, constatăm în schimb o dublare a numărului celor ce recurg la actul autolitic în grupa de peste 70 de ani: 3 cazuri în 1991 şi respectiv 6 cazuri în 1992. Această dublare a incidenţei sinuciderilor la vîrste înaintate considerăm că ar putea fi în raport cu creşterea presiunilor economice înregistrate în 1992 şi care afectează cu precădere această categorie socială ce se dovedeşte foarte vulnerabilă.

Mai mulţi factori ar putea fi incriminaţi în egală măsură: economici, biologici şi ambientali (5;7).

2. Sex

Aşa cum majoritatea datelor din literetură o arată,există o netă predominenţă a sexului masculin (1;6). Deşi există o serie de studii care subliniază că în dinamica transformărilor sociale, economice şi cultural religioase, această diferenţă tinde să dispară (5;11;13), noi am găsit o incidenţă crescută a sexului masculin (41 de cazuri-74,54%în 1991 şi 50 cazuri - 68,49%în 1992). Raportul de cca.3/1 şi respectiv 2/1 în favoarea sexului masculin îl considerăm în continuare semnificativ spaţiului socio-cultural şi spiritual de care aparţinem (8;11).

3. Mediul urban/suburban

Nu am găsit abateri faţă de alte studii de profil, în sensul regăsirii aceleiaşi incidenţe crescute a suicidului printre citadini (9;11;13). Astfel, repartiţia în funcţie de mediul de provenienţă a cazurilor de suicid arată o prevalenţă a celor din urban (37 de cazuri - 67,27% în 1991 şi 47 cazuri - 64,38% în 1992) comparativ cu cei din suburban (18 cazuri -32,72% în 1991 şi 26 cazuri -35,61% în 1992.

4. Starea civilă

Deşi datele generale din literatură arată o incidenţă scăzută a ratei sinuciderilor persoanelor căsătorite şi cu copii (6,12,14) noi am găsit în lotul studiat un procentaj crescut de acte autolitice în rîndul celor ce conviețuiesc într-un cadru familial (legal sau înafara căsătoriei), adesea avînd şi copii (sub.I.).Acest fenomen îl atribuim extinderii reduse a cohortei de studiu şi precarităţii legăturilor psiho-afective a matricei familiale. Pledează în acest sens şi numărul mare (44 cazuri - 80% în 1991 şi 60 cazuri - 82,19%) de sinucideri realizate în chiar mediul familial, deseori în imediatul celorlalţi membri ai familiei, precum şi regăsirea frecventă (39 cazuri - 70,90% în 1991 şi 56 cazuri - 76,71% în 1992) a consumului cronic şi abuziv de alcool (căruia îi atribuim o semnificaţie bimară: de echivalenţă paresuicidară de dizolvant a lianţului familial)(2,7).

TABEL nr.1. REPARTITIA NUMERICA SI PROCENTUALA A CAZURILOR DE SUICID IN RAPORT CU STAREA CIVILA

	1991		1992	
starea civilă	nr.cazuri	%	nr.cazuri	%
căsătoriţi	32	58,18	40	54,7
divorţaţi	5	9,09	10	13,6
concubinaj	5	9,09	8	10,9
văduvi	3	5,45	6	8,2
necăsătoriţi	10	18,18	9	12,3

5. Scolarizare

Gruparea datelor în funcţie de nivelul de instruire şcolară arată o preponderenţă a persoanelor cu studii medii (36 cazuri - 65,45% în 1991 şi 42 cazuri - 57,5% în 1992), faţă de

cele cu studii elementare (18 cazuri -32,72% în 1991 şi 29 cazuri - 39,7% în 1992), sau superioare (1 caz -1,81% în 1991 şi 2 cazuri -2,7% în 1992).

6. Integrarea în activităţi profesionale

Interesantă ni s-a părut relaţia dintre actul autolitic şi gradul de integrare profesională, astfel, în timp ce în anul 1991 mai mult de jumătate din persoane (34 cazuri-61,8%) aveau o încadrare profesională, pentru anul 1992 semnalăm o diminuare semnificativă a acestui procent de 36,9%.In condiţiile în care şomajul şi numărul pensionaţilor, inclusiv pe criterii medicale a crescut în 1992, am fi tentaţi să încriminăm acest fapt în determinismul actului suicidar.

7. Modalităţi de realizare a actului autolitic

O imagine sintetică asupra modalităţilor de realizare a proiecţiilor autolitice este ilustrată în tabelele II şi III.

TABEL II.REPARTITIA NUMERICA SI PE SEXE A MODALITATILOR DE REALIZARE A ACTULUI SUICIDAR,PENTRU ANUL 1991

Modul de realizare a suicidului	Număr cazuri	%	F	B
Spînzurare	26	47,26	4	22
Ingestie de toxice diverse	11	20,00	2	9
Ingestie de medicamente	8	14,54	5	3
Precipitare	4	7,24	2	2
Proiectare în faţa vehiculelor	2	3,63	1	1
Secţionarea formaţiunilor anatomice ale gîtului	2	3,63	0	2
Înecare	2	3,63	0	2

Se constată o adevărată predilecţie a sexului masculin pentru săvîrşirea brutală a disoluţiei autolitice. Ilustrăm prin două cazuri semnificative:

N.V. - 48 de ani, din Iaşi, muncitor, cu studii medii,căsătorit, tată a doi copii majori, cunoscut ca un consumator cronic de băuturi alcoolice, sursă de conflictualitate intrafamilială. Figurează în evidenţa Spitalului cu 8 internări (prima în 1985 cu dg.„Melancolie delirantă", ultima în ianuarie 1989. Consultat ambulator la nivelul ISM-ului, ultima fiind în februa-

rie 1990 cu menţinerea aceluiaşi diagnostic. In ziua de 28 martie 1991, aflîndu-se sub influenţa băuturilor alcoolice şi în prezenţa membrilor familiei, îşi secţionează formaţiunile anatomice ale gîtului.

M.N. - 60 de ani, din Iaşi, maistru, cu studii medii, văduv, tată a doi copii majori, fără antecedente psihiatrice, locuind singur în urma decesului soţiei survenit cu o lună de zile anterior, este găsit pe data de 2 martie 1991 încuiat în apartament, decedat prin aceeaşi modalitate autolitică. In momentul decesului nu consumase alcool, ori alte substanţe toxice sau medicamentoase. Lasă un bilet în care îşi motivează gestul ca fiind determinat de sentimentul de singurătate şi inutilitate.

TABEL III. REPARTITIA NUMERICA SI PE SEXE A MODALITATILOR DE REALIZARE A ACTULUI SUICIDAR, PENTRU ANUL 1992

Modul de realizare a suicidului	Număr cazuri	%	F	B
Spînzurare	25	34,24	8	17
Precipitare	19	26,02	4	15
Ingestie de medicamente	10	13,69	5	5
Ingestie de toxice diverse	9	12,32	5	4
Înecare	3	4,10	-	3
Tentă secţie	2	2,73	-	2
Alte modalităţi	5	6,84	1	4

Impresia generală care se degajă din analiza sintetică a datelor de mai sus, este de creştere a agresivităţii (atît prin creşterea numărului de acte autolitice cît şi prin agravarea modalităţilor de săvîrşire). In sprijinul acestei afirmaţii stă şi creşterea cu 100% a incidenţei cazurilor în care femeile recurg la spînzurare ca modalitate de săvîrşire a actului autolitic (8 cazuri în 1992 faţă de 4 cazuri în 1991). Se constată deasemeni şi o „diversificare" a acestor modalităţi, uneori prin combinarea mai multora, ceea ce denotă şi încărcătura agresivă.

Pentru exemplificare prezentăm două cazuri semnificative:

P.O. - 56 ani, din Iaşi, studii elementare, văduvă de 6 ani, consumatoare cronică de băuturi alcoolice, fără antecedente psihiatrice cunoscute, după ce scrie o scurtă misivă explicativă,

ingeră în ziua de 19.03.1992 o cantitate mare de alcool (alcoolemie 3,55g‰, alcoolurie 1,95 g‰) se sinucide de o manieră deasupra eragazului aprins, carbonizîndu-se.

B.C. - 35 ani, din mediu suburban, căsătorit, cu 2 copii minori în întreşinere, fără antecedente psihiatrice, moderat consumator de băuturi alcoolice, în ziua de 22 sept.1992 îşi secţionează larg peretele abdominal provocîndu-şi o evisceraţie totală. In momentul decesului nu consumase alcool.

Majoritatea subiecţilor au ales ca loc de consumare a actului autolitic domiciliul (44 de cazuri -80% din 1991 şi 60 cazuri - 82,19% în 1992).In rest se constată o multitudine de alte alegeri inclusiv penitenciar şi spital.Conchidem astfel, că mediul familial nu reprezintă un habitat securizant, fiind locul unde se consumă conflictul şi drama în sine (11;13), iar pe de altă parte nici locurile presupuse ca exercitînd o maximă supraveghere (spital,penitenciar) nu pot realiza în totalitate prevenirea suicidului (4).

9. Motivele actului suicidar

In privinţa cauzelor care au dus la actul suicidar, ele au fost parţial identificate la un număr de 43 de cazuri în 1991 şi 50 de cazuri în 1992, ca fiind cel mai adesea exteriorizate în condiţii de impact familial, conflicte la locul de muncă,şomaj sau alte situaţii psiho- traumatizante, atitudini apreciate retrospectiv ca adevărate „crys-for help" lansate sub formă ameninţătoare şi nepercepute ca atare de anturaj (3;10).Alteori declaraţia sinuciderii a fost făcută liniştit într-o aparentă stare meditativă şi/sau de depresie psihică.Scrisorile,biletele justificative, ameninţările verbale nu ocupă o pondere importantă,(9 cazuri -16,3% în 1991 şi 10 cazuri - 13,6% în 1992) de la simple şi laconice notaţii de adio pînă la indicaţii amănunţite, stufoase sau incoerente.Tentativele anterioare unele singulare în dezvoltarea ontogenetică a individului altele reiterate s-au evidenţiat în 21 de cazuri -38,18% în 1991 respectiv 19 cazuri -26,02% în 1992. Ca regulă generală acolo unde au existat tentative anterioare, finalizarea actului repetă schema deja elaborată anterior.

Relaţia boală-suicid a fost deasemeni considerată în ideea că afecţiunea somatică sau psihică poate oferi o explicaţie a actului autolitic. In lotul studiat am regăsit 15 cazuri-25,45%

în 1991 respectiv 23 cazuri - 31,50% în 1992, figurînd cu antecedente psihiatrice (de la psihoze la sindroame deteriorative). Dar acest parametru rămîne discutabil cîtă vreme nu putem aprecia dacă actul autolitic a fost expresia directă a unei modalităţi cu debut a bolii psihice,ca prim şi unic simptom al acesteia, a unei decompensări (recăderi), sau consecinţa unei situaţii conjuncturale în care boala psihică este mai puţin implicată.

Deasemeni relaţia boală somatică-suicid, deşi prezentă în 24 de cazuri - 43,63% în 1991 şi 37 cazuri -50,68% în 1992, nu poate fi inerimainată decît în măsura în care putem afirma că afecţiunea somatică favorizează şi precipită tensiunea emoţionaţă pînă la întunecarea cîmpului conştiinţei.

Ni s-a părut interesant de studiat corelarea factorilor meteoro-climatici, bioritmuri şi riscul de suicid.Repartiţia sezonieră, în general, se corelează cu rezultatele altor studii, (5;14;15), indicînd o incidenţă crescută primăvara (cu un maxim pentru luniile august şi septembrie 16 cazuri). Indexul de meteorotropism (ziua critică în care presiunea atmosferică variază cu mai mult de 5 Barri faţă de ziua precedentă/suicid) arată o concordanţă de 64%. Corelarea bioritmuri individuale/suicid (considerînd ziua critică cea de maximă deflexiune a curbei şi/sau cea de intersectare a liniei zero este de 51,3%.In final corelarea ambilor factori ridică acest procent la 60%.

CONCLUZII:

Studiul întreprins pe un grup de 128 de cazuri de suicid într-un teritoriu şi pe o perioadă determinată de timp 01-01-1991 - 31.12.1992 a permis următoarele concluzii:

- suicidul deţine o frecvenţă de 2,4/1 cazuri în favoarea sexului masculin cu maxim de frecvenţă primăvara şi toamna;
- modalităţile predominante sînt de natură asfixică şi/sau tonică;
- ambienţa relaţională poate avea o acţiune sanogenă sau patogenă, iar familia a reprezentat locul de epuizare a conflictului dar şi a dramei în sine, în marea majoritate a cazurilor;
- vîrstele cel mai frecvent implicate sînt cele active respectiv între 20 şi 60 de ani;
- într-un număr însemnat de cazuri 82 (64,04%), alcoolul acţionează ca un adevărat „catalizator" favorizînd pasajul la act:

- antecedentele psihiatrice au fost regăsite într-un procent de 26,68% (38 cazuri) fără a putea stabili o corespondenţă directă între boala psihică şi actul suicidar;
- 40 subiecţi (31,25%) au prezentat în antecedente tentative de suicid.Acest fapt ridică probleme necesităţii unui studiu longitudinal în vederea stabilirii caracteristicilor relaţionale şi de personalitate cu rol predictiv (studiul de predicţie a repetării), ceea ce deschide şi întrevederea modalităţilor de asistenţă şi prevenţie a tentativelor autolitice şi ale suicidului ca program de perspectivă.

In concluzie, suicidul, pentru zona de referinţă, prezintă particularităţi specifice nivelului nostru de viaţă, cultural, moral şi religios.Rata sa este mai scăzută comparativ cu cea a omuciderilor şi se constată încă o preponderenţă a sexului masculin. Incidenţa suicidului este crescută printre citadini,iar vîrstele frecvent implicate sînt cele active cu procent ridicat al familiştilor şi modalităţi de realizare brutale (asfixice, toxice).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Achte K.: Evalution of suicide prevention and Crisis programs in FINLAND,CRISIS,1981,vol.2,1,apr.50-57
2. Alanen X.O.,Rinne R.,Pankonen P.: On family dinamics and family therapy in suicidal attomps,CRISIS,1981, vol.2,1,apr.20-26.
3. Disortori B.,Piazza M.: Psihiatrie sociale, S.E.F.PARIS, 1975,116-120.
4. Finzen A.: Der patientensuizid:Untersuchungen,Analysen, Berichte zur Selbsttotung psychisch Kranker Wahrend der Behandlung-Psychiatrie-Verlang,BONN, 1988
5. Kreitman N.: The epidemiology of suicide and parasuicide. CRISIS,1981,vol.2,1,1-13
6. Pirozynski T.,Grecu Gh.,Scripcaru Ghe.,Pirozynski Miarka: Semiologie relation of Psychiatrie Care Delivery of Self-Aggresive Behaviour.Rev.Med.Chir.1986,vol. 90,,1,125-129.

7. Pirozynski T.: Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic.Modalităţi şi perspective. Asistenţe psihiatrică a cazurilor cu risc patologic (sub red.Pirozynski T. Iaşi,1987, 365-370).

8. Pirozynski T., Scripcaru Gh.,Pirozynski Miarka: The IX th. Internat.Congr.on Suicide Prevention and Crisis Intervention, HELSINKI, 1977,14-16.

9. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Pirozynski Miarka,Gottlieb H.: 8th.Internat.Congr.- on suicide prevention JERUSALEM,1978,8,

10. Pirozynski T., Scripcaru Gh., Gottlieb H.,Pirozynski Miarka: VII Congr.Mond.Psychiatr.,VIENA,1983,502.

11. Pohlemeier H.: Le milieu social dans les maladies depresives et suicide.CRISIS,1980,vol.1,2,134.

12. Scripcaru Gh., Drăghici Gh., Astărăstoaie V., Gottlieb H., Maria Pop: De la motivaţie la profilaxie suicidului. In asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic (sub red.Pirozynski T.) Iaşi,427-432.

13. Vedrinne J. Quenard O., Weber A.: Suicide of conduites suicidaires-aspectes cliniques et institutionels. Journal de Medecine Legale - Droit Medical ,tome 12,1982,272-285.

14. X X X : La prevention du suicide.O.M.S. GENEVE,1969

15. X X X : Le suicide et les tentatives de suicide O.M.S. Geneve,1975.

Cuvinte cheie:

- Suicid

- Incidenţe statistice

SUICIDUL SI PARASUICIDUL, STUDIU EPIDEMIOLOGIC (UN STUDIU DE REFERINTA PENTRU ANUL 1986 IN JUDEŢUL MUREŞ)

MARIETA GRECU GABOŞ, IOSIF GABOŞ GRECU

Introducere:

Nimic nu e mai tragic decît moartea!

Chiar la anii senectuţii clipa ei tragică aduce atît regrete după viaţă cît şi regrete după cel pierdut. Dar, cînd moartea survine în urma unui act autolitic comis în momente mai mult sau mai puţin critice ale existenţei, fenomenele conjuncturale iau o turnură sufletească de un dramatism copleşitor.De fapt abisul psihologiei suicidale îmbracă note particular conjuncturale diferite şi schimbătoare, de la un sinucigaş la altul.

Suicidul, act banal şi absurd poate fi definit ca un deces obţinut printr-o autoagresiune voluntară, iar parasuicidul un eşec al actului suicidal, sau mai bine zis un comportament autolitic a cărei epidemiologie şi semnificaţii psihologice,patologice şi social-motivaţionale nu sînt perfect superpozabile cu suicidul.

Comportamentul autolitic reprezintă cel mai ridicat (şi aproape singurul) risc vital legat direct de evoluţia tulburărilor psihice, în special în depresii, epilepsie,alcoolism, drog dependenţă, schizofrenie şi altele (6,8,11,13,23,30).

Datorită restricţiilor existente pînă în 1989 referitoare la publicarea unor date statistice, epidemiologia suicidului a fost abordată cu mari dificultăţi şi timiditate.Primele publicaţii referitoare la tentativele autolitice internate în clinica noastră datează din 1972 (7) şi 1973 (8).

Material şi metode:

Obiectivele urmărite: rata suicidului şi parasuicidului în Judeţul Mureş în anul 1986; modalităţi de realizare; motivaţie; examinări şi investigaţii (analiza sintetică a factorilor negativi cu influienţă suicidogenă)(suicid în antecedente heredo-colaterale şi personale, imitare,divorţ,văduvie,singurătate, suferinţe psihice şi/sau organice drog de alcoolo-dependenţă, eşecuri, pierderea unor persoane apropiate, bunuri materiale sau funcţii sociale); aprecierea riscului şi intervenţia profilactică în preocupările egolitice.

Lucrarea se bazează pe informaţiile obţinute atît de la cei 703 tentatori a rudelor şi a altor persoane apropiate, personalul din serviciile care le-au asigurat asistenţa terapeutică după actul autolitic nereuşit, cît şi de serviciile de medicină legală, poliţie şi procuratură care prin obligaţiile lor profesionale au făcut cercetări imediate asupra împrejurărilor legate de cauzele deceselor la cei 146 sinucigaşi.

Retele suicidului şi parasuicidului au fost prelucrate în raport cu datele oficiale referitoare la structura şi decesele populaţiei Judeţului Mureş obţinute de la Centrul de Calcul Judeţean şi de la Serviciul de Statistică a Direcţiei Sanitare Mureş.

Rezultate şi discuţii: Populaţia Judeţului Mureş în anul 1986 era de 614.633 locuitori din care 50,5% femei şi 49,5% bărbaţi cu o distribuţie de 52,9% în mediul rural şi 47,1% în urban; iar repartiţia pe naţionalităţi se prezintă astfel: români 51,2%, maghiari 43,7%, germani 2,8%, ţigani 1,4% şi alte etnii 0,9%.

In raport cu profesiile avem: 27,5% muncitori şi tehnicieni 12,9% agricultori; 2,8 % comercianţi; 1,8% cadre didactice; 1,4% personal medico-sanitar.

Din repartizarea celor 703 tentatori şi a celor 146 sinucigaşi pe decade de vîrstă rezultă că în timp ce decadele a 2-a şi a 3-a deţin apogeul parasuicidului (cu 44%), decadele a VI-a şi a VII-a cu 39,7% îl deţin pe cel al suicidului.

Astfel putem spune că dacă polul parasuicidului se situează în adolescenţă; polul suicidului se află situat în a treia etapă de vîrstă.

Suicidul la copii şi adolescenţi de mai multe ori cu motivaţii banale, deşi este greu de explicat, îl considerăm ca fiind un act de imitaţie altruism sau răzbunare, stimulat de indiferenţă sau abuz de autoritate, carenţe afective, conflicte familiale, eşecuri şcolare şi altele. De multe ori aici parasuicidul (şi chiar suicidul) constituie primul semnal al debutului unei psihoze în special disociative sau depresive. Comparativ cu anii 1960-1972 am constatat o creştere a comportamentului autolitic în rîndul adolescenţilor, ceea ce constituie o problemă socială foarte importantă. Deşi sinuciderile sub vîrsta de 14 ani sînt rare, între 14-24 ani numărul lor creşte rapid, iar părinţii îndureraţi şi distruşi nu-şi pot explica şi recepta motivele care

i-au împins spre suicid (18,23,29). Aproximativ 1/5 din tentativele adolescenţilor sînt realizate de subiecţi depresivi, dizarmonici sau discomportamentali (16,19).

Ringel delimitează la copii trei forme de suicid şi anume:

1. Sinuciderea impulsivă, indusă de incapacitatea de a suporta frustrările realizate prin reacţii impulsiv- scurtcircuitate, situaţii în care forţele frenatoare dispar şi nici nu-i interesează consecinţele;

2. Sinuciderea nevrotică, ca o consecinţă a unor lungi perioade conflictual-nevrotice;

3. Sinuciderea utilitară, în scop de influenţare şi de manevrare a anturajului;

In grupa factorilor suicidogeni, alături de tulburările psihice reţinem: - circumstanţe ocazionale, de obicei banale, (eşecuri şcolare, conflicte intra-familiale, decepţii sentimentale);

- mentalitatea specifică copilului şi adolescentului: criză de originalitate, dorinţa de a se identifica cu adulţii şi opoziţia acestora, etc.;

- perturbări biofiziologice;

- reacţii impulsiv afective, cu tendinţe de trecere la acţiune imediată mai ales prin mecanismul scurtcircuidării, fără a reflecta asupra urmărilor;

- reacţii intra familiale dizarmonice, absenţa unei autorităţi parentale calde şi responsabile, carenţe afective şi materiale, alcoolism, indiferenţe, libertinism, severitate excesivă, hiperprotecţionism (6,8,10,14,17,21,31).

De fapt pînă la vîrsta de 14 ani suicidul şi parasuicidul se întîlnesc foarte rar, perioadă după care parasuicidul creşte vertiginos pînă spre sfîrşitul celei de a III-a etapă de vîrstă, perioadă în care raportul cu suicidul este de 4,8- la 1, raport care în a III-a etapă de vîrstă se inversează 4,8 sinucideri la 1 parasuicid (4,6,17,23,27).

Prevenirea suicidului la copii şi adolescenţi face parte din motivele generale socio-medicale de psiho-igienă şi de psihoprofilaxie.

Observaţiile noastre arată că după o creştere moderată a suicidului în a III-a decadă de vîrstă (13,7%) el atinge apogeul în a III-a etapă de vîrstă (23,4%) de unde coboară paralel cu înaintarea în vîrstă.

Rata sinuciderilor la vîrsta de peste 60 de ani (raportată la populaţia de aceeaşi vîrstă) este de 57,2‰ooo (de peste 3 ori mai mare) faţă de rata de 17,8‰ooo întîlnită la populaţia sub vîrsta de 60 de ani.

De fapt, cel mai frecvent sinuciderea vîrstnicilor trebuie privită ca o evadare dintr-o situaţie conflictual insuportabilă; reacţie la: singurătate,izolare socială, pierderea partenerului, a copiilor, („sindromul cuibului gol" sau „părăsit"), divorţ,separări, dificultăţi economice etc.(3,7,9).

In acest sens reamintim că din 53 sinucigaşi de peste 60 de ani 3,39 au avut asemenea probleme.La vîrstnici izolarea socială şi nesiguranţa materială sînt factori suicidogeni factori foarte importanţi, pe care SAINSBURY i-a întîlnit la 40% (27).

Situaţiile conflictuale pe care le-am întîlnit la vîrstnici se pot rezuma la: conflicte interpersonale, cu partenerul, copii sau alte persoane apropiate; situaţii conflictuale, sociale,pensionare, schimbarea locuinţei, căminul de bătrîni, lipsuri materiale, dificultăţi sau imposibilitatea efectuării activităţilor zilnice necesare propriei îngrijiri sau a partenerului; deteriorarea sănătăţii şi depresia; singurătatea şi izolarea socială; pierderea persoanelor apropiate; diminuarea stimei personale, divorţul; neajutorarea sau incompletitudinea în controlul şi rezolvarea situaţiilor cu care este confruntat, dublate de epuizare rapidă şi disperare; insecuritate şi dificultăţi de inserţie socio-familială; acceptarea în tăcere a tot ceea ce nu le convine determină transformarea treptată a heteroagresivităţii în autoagresivitate.

Aceste situaţii neplăcute le-am întîlnit la peste 91% din cazurile studiate.

Prevenţia suicidului la vîrstnici trebuie să se bazeze pe:

- tratarea corectă şi la timp a suferinţelor psihice şi fizice;

- ameliorarea suportului social şi anticiparea suicidului prin depistarea semnelor caracteristice sindromului presuicidal Ringel (36,37) ceea ce va diminua şi înlătura decizia egolitică semnalată uneori de o linişte prevestitoare de furtună;

- anticiparea suicidului (peste 70% din cazurile noastre cu cîteva zile sau luni anterior comiterii actului, au apelat la serviciile medicale.

Din repartizarea parasuicidului şi suicidului pe medii şi sexe, rezultă că din 703 tentatori 56,5% au provenit din urban 43,5% din rural în timp ce provenienţa celor 146 de sinucigaşi este de 55,5% din urban şi respectiv 44,5% din rural.

In timp ce la femei parasuicidul se ridică la 68,7% la bărbaţi este doar de 31,3%; iar la sinucigaşi procentajele se inversează atingînd la bărbaţi 74,7% şi la femei 25,3%.

Legat de mediu relevăm faptul că în ultimele decenii datorită nenumăratelor dificultăţi induse de colectivizare o mare parte au migrat spre oraş unde nu întotdeauna s-au putut adapta,iar fragilizarea sistemului homeostazic şi relaţional a facilitat la o parte din ei comiterea unor acte autolitice.

Referindu-ne la sex din datele noastre se evidenţiază faptul că în timp ce raportul femei-bărbaţi la parasuicid este de 2 la 1 la sinucideri se inversează ajungînd aproape la 1 la 3. Din datele noastre rezultă că parasuicidul se întîlneşte mai mult la femei, iar suicidul la bărbaţi, fiind frecvent asociat cu stări depresive majore şi consum de băuturi alcoolice.De fapt creşterea parasuicidului la femei s-ar datora atît emancipării şi libertăţii mai mari cît şi dificultăţilor familiale conflicte, neînţelegeri în rezolvarea problemelor familiale şi profesionale etc.; iar mijloacele la care apelează mai frecvent sînt: ingerarea de barbiturice, gazarea,venesecţia (1,16,17).

Preponderenţa sexului masculin în mortalitatea prin suicid (74,4%) faţă de cea a femeilor (25,3%) este foarte semnificativ (3:1).

Repartizînd cazurile studiate pe grupe profesionale reiese că atît parasuicidul cît şi suicidul le-am întîlnit mai frecvent la muncitori şi agricultori, care de fapt ocupă ponderea cea mai ridicată în structura populaţiei Judeţului Mureş.

Astfel rata parasuicidului la aceste două categorii profesionale raportată la muncitorii şi agricultorii din judeţ este de 112,9%ooo, în timp ce rata suicidului este de 27,3%ooo, ceea ce depăşeşte rata globală de 23,7%ooo, cu toate că unii autori susţin că la agricultori incidenţa suicidului e mai rară decît în alte profesii, noi am constatat chiar o relaţie inversă, adică o rată de 174,4%ooo.Această situaţie se datorează condiţiilor dificile economice, profesionale şi socio-familiale pe care ţăranul le-a suportat decenii de-a lungul fiind deprivat de cele mai elementare drepturi.

Analizînd situaţia şcolarizării am obţinut următoarele date: 49,1% absolvenţi a 10 clase; 30,6% Bacalaureat; 9,3% studii superioare; 8,2% absolvenţi a 8 clase; restul 2,8% 4 clase elementare.

In raport cu statutul marital am constatat că majoritatea de 43,1% erau căsătoriţi; 22,2% necăsătoriţi; 14,9% divorţaţi;8,8% separaţi; 8,3% văduvi şi 2,7% concubini.

In privinţa relaţiilor familiale aproximativ asemănătoare la ambele categorii studiate am sesizat prezenţa relaţiilor dizarmonice şi conflictuale acompaniate mai mult sau mai puţin şi de conflicte profesionale şi dificultăţi sociale într-un procentaj de 41,8%,urmînd apoi pierderea unor persoane apropiate şi/sau bunuri materiale 7,8%,divorţul sau separarea 19,3%; probleme judiciare secundare comiterii unor acte antisociale 3,4%; singurătatea şi/sau sindromul „cuibului gol" (părăsit) 4,8%; iar la restul de 22,9% nu s-au pus în evidenţă prezenţa unor relaţii socio-familiale dizarmonice ci diferite suferinţe psihice şi organice cronice sau acute.Valori mai semnificative sînt date de categoriile celor necăsătoriţi cu 22,2% - 24,6%; divorţaţi 14,9% 6,8%; văduvi 8,3%-11,6%; ceea ce reflectă că atît singurătatea cît şi conflictele care au dus la divorţ constituie factori depresogeni, precum şi prevalenţa ridicată a parasuicidului şi suicidului la aceste categorii.

In acelaşi timp remarcăm faptul că 33,6% am întîlnit în antecedentele eredo-colaterale prezenţa suicidului sau a parasuicidului la persoanele apropiate, iar în antecedentele personale parasuicidul a fost prezent la 24,6% la sinucigaşi şi 22,5% la tentatori.Menţionăm faptul că 4,8% au comis peste 4 tentative. De obicei cei care au încercat o tentativă autolitică, nu sînt împotriva vieţii ci numai împotriva condiţiilor şi a mediului lor de viaţă, în care trăiesc în momentul respectiv şi care au devenit insuportabile (16,21,24).

Observaţiile făcute asupra dinamicii lunare a sinuciderilor demonstrează că în lunile mai,iunie,septembrie şi octombrie procentajul suicidului şi parasuicidului este cuprins între 10-13% urmînd apoi lunile aprilie,iulie,noiembrie şi februarie cu 7,5% pînă la 8% în timp ce restul lunilor coboară sub aceste valori.Astfel spus se constată că procentajul cel mai ridicat (30,2%-32,8%) se întîlneşte primăvara şi toamna în timp ce

iarna vara aceste procentaje scad de la 19,2% pînă la 17,8%.

Un aspect interesant l-am obţinut prin repartizarea suicidului şi parasuicidului pe etnii din care rezultă că maghiarii ocupă primul loc cu 65,7% (în timp ce rata suicidului raportată la numărul populaţiei maghiare din judeţ este de 36%ooo) urmînd apoi românii cu 30,1% (14%ooo); germanii 2,1% (17%ooo),ţiganii şi alte naţionalităţi 2,1% (21%ooo). Desigur că acest aspect poate fi comentat în diferite forme, dar pornind de la rata suicidului din Ungaria care are 43,2%ooo de locuitori considerăm că nu se pot face alte speculaţii.

Printre principalii factori suicidogeni un loc important îl ocupă tulburările psihopatologice.Astfel, preexistenţa în suicid a tulburărilor psihice am evidenţiat-o la 64,4% subiecţi din a căror grupă de tulburări redăm cîteva: depresii 17,8%; alcoolism cronic 16,4%, schizofrenii 6,8%; tulburări de personalitate,epilepsia şi drogdependenţele cu un procentaj cuprins între 5,4% şi 3,4%.Dintre bolile organice am întîlnit mai frecvent:suferinţe cardiovasculare 12,3% şi ale aparatului digestiv 6,9%.

Din cele de mai sus rezultă existenţa unei strînse corelaţii între comportamentul autolitic şi bolile psihice.Unii dintre autori au ajuns la concluzia că 94% din sinucigaşi se află sub influienţa unor tulburări psihice şi 4% prezintă grave suferinţe organice.De fapt cel puţin 40% din sinuciderі sînt acte comise de bolnavi psihici (cu suferinţe acute şi a cronice),iar aproximativ acelaşi procentaj ar fi dat de tulburările de personalitate,nevrotice,reactiv psihogene de scurtircuitare şi altele,în timp ce numai 15% s-ar situa în sfera unui context psihopatologic notabil.Altfel spus numărul sinuciderilor la bolnavii psihotici este de aproximativ 3 ori superior comparativ cu populaţia generală.Asocierea depresiei cu suicidul desăvîrşeşte ambiguitatea lor înscriindu-se într-o trăire de culpabilitate şi de anestezie psihică dureroasă în care suicidul apare ca o ultimă soluţie de a evada definitiv din intolerabila tristeţe şi disperare profundă, fiind minuţios pregătit, disimulat şi înfăptuit în singurătate prin alegerea mijloacelor violente care autentifică dorinţa egolitică (12,25,27).

Riscul suicidului printre alcoolici este de 60% mai mare decît în populaţia generală(1).Alcoolicii ca şi drogdependenţii încearcă să scape de realitate,iar pasul următor întreruperea

de realitate prin suicid.De obicei peste 50% din sinucigaşi şi tentatori apelează la băuturi alcoolice pentru a-şi face curaj în vederea comiterii actului.Consumul abuziv de alcool şi de droguri constituie doar o „echivalenţă suicidală", adică un suicid lent (8,25).In acest sens putem aminti că la peste 45% din sinucigaşi la examenul necroscopic s-au constatat următoarele nivele de alcoolemie: sub 1 gr‰ la 27,8%; între 1-2 gr‰ la 15%; între 2-3 gr‰ la 6,8%; între 3-4 gr‰ la 3,5%; între 4-5 gr‰ la 2,1%. Psihozele alcoolice şi mai ales beţia patologică pot induce un act suicidal impulsiv şi realizat în mod automat pe fondul unei conştiinţe obnubilate sau sub imperiul unor halucinaţii imperative sau terifiante.

Schizofrenia ca şi alte psihoze halucinator paranoide sau sindroame disociative prezintă un risc destul de ridicat de parasuicid (2%) şi suicid (5%), (8,21,26),iar semnificaţia suicidului nu e univocă. Aici suicidul poate constitui un act paradoxal şi imprevizibil ca o impulsie autoagresivă sau survenind pe parcursul unei crize de panică anxioasă legate de fenomenele halucinator delirante şi dezintegratoare ale personalităţii (sindromul găurii de şarpe),(3,11,24).

Suicidul poate fi întîlnit (mai rar) şi în alte psihoze (parafrenie,paranoie) etc. precum şi în tulburările dizarmonice de personalitate, în care reacţiile comportamentale de tip autolitic sînt rezultatul unor trăiri revendicative, ambivalente, conflictuale, cu eşecuri frecvente şi impulsuri hetero sau autoagresive.

La psihopaţi şi la copii discomportamentali conduitele antisociale şi autolitice sînt facilitate şi declanşate cu mare uşurinţă de consumul de alcool iar după Deshies (4) aproximativ 1/3 din sinucideri aparţin personalităţilor dizarmonice în care actul autolitic se realizează rapid fără premeditare fiind indus de impulsuri agresive, nestăpînite şi intoleranţă faţă de frustrări. De fapt aici heteroagresivitatea se converteşte în autoagresivitate, iar ameninţările cu suicidul sînt elemente caracteristice. Actul autolitic realizat în mod impulsiv e de natură relaţională sau reactivă fără o corelare cu intensitate care l-a generat.

La epileptici suicidul are o desfăşurare brutală, paroxistică şi automată,iar după unii autori (9), 17% din sinucigaşi ar

fi epileptici.

Un procentaj de 4-6% din parasuicid şi mai puţin de suicid este dat de nevrozele anxioase (favorizate de crizele de panică anxioasă iar în nevroza de conversiune comportamentul autolitic se desfăşoară pe un fundal de un mare dramatism, demonstrativitate şi şantaj.

Dar riscul suicidal nu trebuie neglijat nici în cazul psihogeniilor.De fapt unele circumstanţe ale vieţii joacă în mod vădit un rol important în dezvoltarea comportamentului autolitic. In cazul pierderii unei persoane apropiate (părinte,partener, copii etc.) riscul autolitic este foarte ridicat în primul an după care descreşte pînă în al cincilea an. Suicidul şi parasuicidul au o desfăşurare dinamică şi paralelă cu ambianţa familială (haotică,instabilă,incertă) şi mai ales cu singurătatea văduvilor izolaţi şi fără surse existenţiale şi suport social.

Suicidul reactiv pasional realizat în condiţiile unei conştiinţe restrînse tubulare, dominate de un automatism psihomotor autodestructiv constituie o situaţie în care (din frica de a fi părăsit, abandonat,pedepsit,frustrat) subiectul neputîndu-şi stăpîni pornirile trece la comiterea actului fără să ţină cont de propriile consecinţe. De fapt blocarea heteroagresivităţii segmentează riscul suicidal prin convertirea ei în autoagresivitate.Rare ori am întîlnit suicidul la oligofreni şi demenţi.

Astfel 3% au comis actul în primul stadiu al demenţei,iar la oligofreni conduita autolitică poate constitui şi un act de răzbunare sau de sugestie cu o motivaţie şi apreciere deficitară a riscului.

Alegerea mijloacelor cît şi a locului unde urmează să realizeze actul suicidal diferă de la un individ la altul.Astfel 86,4% au comis suicidul acasă cînd de obicei se aflau singuri alegîndu-şi locuri mai ascunse (grădină,şură,grajd,podul casei,fîntînă) şi 13,6% în altă parte (locul de muncă, vizită la rude sau cunoştinţe,spital etc.) în special bărbaţii şi tinerii.In privinţa mijloacelor utilizate în scopul suicidului majoritatea (60,2%) s-au spînzurat;24,7% au apelat la doze mari de medicamente (ciclobarbital, diazepam,carbexim,fenobarbital,dormital,hidroxizin etc. în combinaţie între ele sau în combinaţie cu alcool şi alte substanţe toxice (paration, ecatox, ierbicide, raticide,insecticide, acid acetic, acid sulfuric,inhalare de CO); 4,8% aruncare în faţa

trenului;3/4% venesecţie şi tăierea carotidei; 3/4% înnecare; 2/1% aruncarea de la înălţimi şi defenestrarea; 1/4% electrocutare).Deci majoritatea sinucigaşilor au apelat la metode mai dure şi sigure de efect.

Motivarea actului autolitic deşi diferă de un caz la altul se poate rezuma la următoarele cauze pe care le redăm în ordine descrescîndă: singurătate, bătrîneţe lipsită de suport social şi material, eşecuri profesionale, şcolare şi sentimentale, conflicte la locul de muncă şi familie, gelozie, partener alcoolic, divorţul, conflicte cu părinţii sau cu copii, pierderea unei persoane apropiate sau a unor bunuri materiale, dificultăţi materiale, teamă de graviditate.In concluzie peste 80% din cazurile suicidale şi parasuicidale investigate au relevat prezenţa unor dificultăţi mari în suportul social.

După DURKHEIM (5) „la sinucidere se ajunge cînd relaţia dintre individ şi lume este deteriorată sau lipseşte".

Mass-media prin expunerea analitico-sintetică şi detaliată a unor cazuri de decese prin suicid constituie destul de frecvent doar creerea de modele iniţiative pentru subiecţii cu risc suicidal crescut, care au unele trăsături de personalitate sau de suport social mai mult sau mai puţin superpozabile cu modelul transmis (vîrsta,sex,profesie eşecuri).

Din observaţiile noastre rezultă că fenomenul suicidal se întîlneşte mai frecvent în sectoarele populaţiei sărace cu o slabă integrare socială, deci acolo unde pe lîngă vulnerabilitatea personalităţii, dezvoltarea şi interacţiunile suportului social erau insuficiente. Prezenţa în anamneză a unui act autolitic relevă posibilitatea repetării ei într-o proporţie de 50-100 de ori mai mare comparativ cu restul populaţiei (16,21,24).

Aproximativ peste 70% din tentatori şi aparţinătorii celor decedaţi prin suicid (35%) semnalizează că au avut sau au observat perioade mai scurte sau mai lungi în care nu se găseau în largul lor nu aveau chef de nimic, erau plictisiţi,nemulţumiţi de situaţiile lor, iritabili, neliniştiţi, obosiţi, meditativi, retraşi, trişti, făceau aluzii sau chiar ameninţări cu suicidul, se credeau bolnavi şi neînţeleşi de cei din jur, motive pentru care 41% în ultimele 35 de zile ce au precedat actul autolitic au apelat la un consum medical.Din cele relatate se poate deduce că subiecţii noştrii nu doreau în mod absolut „să moară" dar considerau că se aflau într-o situaţie fără ieşire în timp ce acu-

zele şi ameninţările lor cu suicidul constituiau perioada de stare a sindromului presuicidal (Ringel) perioadă a cărei manifestari pot fi considerate şi apelurile simbolice de ajutor,iar consultările medicale, dorinţa şi speranţa de a putea discuta cu medicul despre situaţia şi tendinţele lor autolitice.

In această perioadă bolnavii (se află într-o stare de ambivalenţă adică într-o luptă fără ieşire cu tendinţe care-l leagă de viaţă şi cele impulsiv patologice, care-l împing spre moarte.

După o perioadă mai mult sau mai puţin îndelungată, subiectul aflat la „răspîntia celor două drumuri" spre viaţă sau spre moarte, poate vira spre una din ele, ceea ce-i va da un calm aparent, calm care constituie de multe ori o linişte ce prevesteşte „suicidul".

Iată cele mai importante momente de intervenţie terapeutică profilactice a suicidului.

Odată cu terminarea intervenţiilor terapeutice vom conveni cu cei în cauză că în orice situaţie critică s-ar afla să aibă răbdare ca înainte de a lua decizia finală şi de a trece la acţiune să-şi acorde cîteva minute pentru a dialoga cu sine însuşi asupra problemelor şi situaţiilor ivite şi mai mult decît atît să nu comită actul fără a lua legătura cu noi pentru un schimb de mesaje.In plină criză e de ajuns o conversaţie de cîteva minute cu o persoană binevoitoare (nemoralizatoare) care să anuleze decizia morţii.

Din cele relatate considerăm că numai printr-o abordare interdisciplinară şi multiaxială a comportamentului suicidal, vom reuşi să găsim cele mai adecvate metode şi mijloace de depistare a factorilor suicidogeni, a sindromului presuicidal şi de instituire a unor măsuri profilacticoterapeutice eficiente.

In concluzie cunoaşterea epidemiologiei factorilor suicidogeni şi a psihodinamicii acestui fenomen, ne ajută la prevenţia şi asistenţa subiecţilor cu risc autolitic ridicat,cît şi în găsirea celor mai eficiente mijloace şi soluţii profilactice. In asemenea situaţii critice, rolul psihiatrului este important şi proiectează diminuarea şi înlăturarea anxietăţii, disperării, furiei, şi alte fenomene concomitent cu întărirea mecanismelor de autoapărare şi depăşirea crizei existenţiale; deoarece între heteroagresivitate şi autoagresivitate nu este decît un pas,ele constituind de fapt două faţete ale aceluiaşi fenomen.

17. Masson D.& Collard M.-Young suicide attempters and their families.Social Psychiatry.1987,22/2:85-94
18. Mitterauer B.- Einige Uberlegungen zum im Wahn.In:„Das ärztliche Gespräch" Psychiatrische Aspekte suizidalen Verhaltens.(Eds: Pöldinger u.Reimer),Tropon arztneimittel,Köln,1985 (pp.47-55).
19. Michel K.- Suizid in der schweeiz 1970-1986.Schweiz ärztezeitung, 1988, 69:1732-1737.
20. Modestin J.- Suizid in der psychiatrischen institution.Nervenarzt, 1982, 53:254-261.
21. Pöldinger W.- Familie und Suizid.Schweiz. ärzte-Zeitung,1982, 63:668-674.
22. Pohlmeier H.- Die Angst zwischen Arzt und Patient bei Depression und Selbsmord. Suicidprophilaxe.1981,8:94-102
23. Patrick J.M.,Lamb.A.& Salzman T.- Attempted Suicide among youg adults.Amer.J.Psychiat,1991,149/1:41-44.
24. Reimer F.-Der Suizid des Schizophrenien im Psychiatrischen Krankenhaus.Spektrum,1982,2:41-45.
25. Ringel E - Selbstmordverhütung.,Hans Huber,Bern,1969
26. Ringel E.- Die Beurteilung des Suizidriskos.Schweiz.Arzte-Zeitung.1981, 62:1405-1411.
27. Sainsbury P.- Clinical aspects of suicide and its prevention. Brit.J.Hosp.Med.1978, 2:156-164.
28. Scharfetter C.Angst J.& Nusperli M.- Suizid und endogene Psychose.Sozial - und Präventivmedizin.1979,24:37-42.
29. Wilde J.E.,Kienhorst C.M.,Diestraf W.& Wolters G.W.-The relationship beetwen Adolescents Suicidal behaviour and Life Events Amer.J.Psychiat.1991,149:45-51.
30. Wolfersdorf M.,Vogel R, Hole G.,Dreher D.,Faulstich H.& Herr W.- Suizide psychisch Kranker in der psychiatriscen Klinik. In: Laux & Reimer (Hrsg,),Klinische Psychiatrie,Band II,Hippokrates,Verlag, Stuttgard,1986 (pp.180-198).
31. World Health Organization: World Health Statisties,Geneve,1985.

Cuvinte cheie:
- Suicidul, Studiu epidemiologic

CONDUITELE AUTOLITICE: PROIECTII DE PREVENIRE SI ASISTENTA IN BAZA UNOR OBSERVATII CLINICE

D.CHIRA, CARMEN GRIGOROVICI, VIOLETA NITA

INTRODUCERE

Perspectiva condiţiei existenţiale, alcătueşte uneori fragmente de conştiinţă tragică, care se constituie ca formă de risc sau act autolitic ce pot exprima stări de neliniste majoră. Izvorît nemijlocit din dihotomia existenţială, suicidul se conturează ca eveniment sever, la care concură într-o manieră întotdeauna unică, factori relaţionali, psihologici şi psihopatologici.

Suicidul este astăzi o problemă sociocomportamentală,relaţională, înainte de a fi o problemă medicală: argumente peremptorii în acest sens fiind oferite de datele epidemiologiei analitice (1;2;3;6;13;15). Corelaţia semnificativă între incidenţa suicidului şi calitatea factorilor de coeziune socială, conturează importanţa dimensiunii relaţionale în geneza suicidului (11;12;14). Dincolo de acest determinism plurifactorial al dinamicii suicidare, analiza fină a fiecărui act suicidar, dezvăluie o configuraţie particulară care întruneşte predispoziţia individuală, dispoziţia afectivă de moment, de circumstanţele şi evenimentele de viaţă. Această referinţă motivaţională este menită să sublinieze ponderea responsabilităţii medicului în prevenţia suicidară, întrucît ţine de demnitatea profesională a acestuia, să aprecieze fiecare caz la adevărata dimensiune umană, în loc să aplice doar formal, un oarecare principiu doctrinal sau o regulă administrativă (5,9).

Această apreciere este menită să identifice semnificaţia problematicii autolitice, a riscului autolitic cu exprimare multimodală a formelor de expunere, de la cele relaţionale şi pînă la incidenţe ce întreţin agravări situaţionale ca psihotraume supraliminare (4,10).

Din nefericire, incertitudinile şi hazardul care complică îngrijirea suicidarului sînt mult mai numeroase,astfel încît tendinţa actuală de deplasare a asistenţei către spaţiul comunitar, poate complica considerabil procesul de motivaţii individual subiective către care aspiră o decizie medicală.(5,7,8,9). Dacă adăugăm polarizarea atitudinală şi stigmatizarea mutuală a diverselor grupe profesionale implicate în asistenţa psihiatrică,

ne apropiem de imaginea reală a responsabilităţii medicului care îngrijeşte pacientul suicidar(3).

Preocupaţi de conturarea mai exactă a responsabilităţii medicale într-un sistem de asistenţă predominant medical şi lipsit de centre de prevenţie a suicidului, am elaborat acest studiu preliminar, menit să evalueze, într-un lot restrîns de pacienţi şi pe o durată scurtă,incidenţa,amploarea şi natura dificultăţilor deontologice întîmpinare în asistenţa conduitelor suicidare (15).

MATERIAL ŞI METODA

Lotul studiat se referă la 5o de pacienţi, prezentînd conduite autolitice, ce au fost examinaţi doar într-un interval de o lună de zile (noe.1992), în Spitalul clinic universitar de psihiatrie SOCOLA,Iaşi.Alături de examenele medicale clinice, am utilizat un interviu semistructurat (anexa I), menit să detaileze circumstanţele comiterii actului suicidar, modalitatea de reprezentare a morţii, semnificaţia eşecului suicidar.

Protocolul de lucru a inclus studierea clinică de cercetare a cazului pînă la momentul internării, particularităţi şi incidenţe la internare şi pe durata spitalizării,criterii protective de externare.

REZULTATE

Am studiat un număr de 5o de pacienţi, care au prezentat una sau mai multe tentative autolitice, sau la care s-a constatat o ideaţie suicidară, cazurile clinice au fost internate în cursul lunii noiembrie 1992 (tentative suicidare: 42 pacienţi ideaţie suicidară: 8 pacienţi).Ponderea acestor cazuri se referă la frecvenţa de aproximativ 8oo pacienţi luaţi în evidenţă, prin serviciul de triaj,pentru asistenţă clinică,în luna noiembrie 1992; ceea ce ar constitui (cu probabilitate), un procent de 5,2%.

Examinînd datele lotului studiat, putem constata o uşoară predominenţă feminină (din 5o de pacienţi, 29 au sexul feminin), arealul de proveniență al cazurilor, fiind în majoritate urban= 77%. Astfel, repartiţia pe grupe de vîrstă şi sex a lotului studiat, are următoarea configuraţie: pentru sexul masculin,2 pacienţi (4,1%) în grupa 15-19 ani; 4 pacienţi (8,3%) în grupa 2o-24 ani; 5 pacienţi (1o,6%) în grupa 25-29 ani; 5 pacienţi (4,1%) în grupa 3o-34 ani; 2 pacienţi (4,1%) în grupa 35-39 ani; 2 pacienţi (4,1% în grupa 4o-44 ani; 3 pacienţi (6,2%) în grupa

în grupa 55-59 ani; pentru sexul feminin: 4 paciente (8,3%)în grupa 15-19 ani 6 paciente (12%) în grupa 2o-24 ani; 4 paciente (8,3%) în grupa 25-29 ani; 2 paciente (4,1%) în grupa 3o-34 ani; 6 paciente (12,5% în grupa 35-39 ani; 2 paciente (4,1%) în grupa 4o-44 ani; 2 paciente (6,1%) în grupa 45-5o ani; 1 pacientă (2%) în grupa 5o-54 ani, 1 pacientă (2%) în grupa 55-59 ani şi o pacientă (2%) în grupa peste 6o de ani.

Mediul de proveniență al pacienților, a fost structurat astfel: din mediul urban,15 pacienți (31,2%) cu sexul masculin şi 24 paciente (48%) cu sexul feminin; din mediul rural, 6 pacienți (12,5% cu sexul masculin şi 5 paciente (1o,4%) cu sexul feminin.

Ca nivel de instruire, lotul studiat,este astfel structurat: cu pregătire elementară şi şcolarizare, 11 pacienți (22,8%) cu nivel gimnazial 23 pacienți (46%); cu liceu 13 pacienți (27%); cu studii superioare 3 pacienți (6,8%).

Analizînd inserția ocupațională la lotul studiat,am obținut următoarele date: agricultori 3 bărbați (6,2%); muncitori industriali 2 bărbați (4,1%) şi 12 femei (24%); tehnicieni 2 bărbați (4,1%) şi o femeie (2%); intelectuali 2 bărbați (4,1%) şi o femeie (2%); studenți/elevi 2 băieți (4,1%) şi trei fete (6,2%); pensionari 2 bărbați (4,1%) şi 7 femei (14,5%) casnice 2 femei (4,1%); fără ocupație 5 bărbați (1o,4%) şi o femeie (2%); şomeri 4 bărbați (8,3%) şi o femeie (2%).

Calitatea relațiilor la locul de muncă, după opțiunile noastre, privesc următoarele consemnări situaționale: relații funcționale şi cooperante în 41 de cazuri; relații dizarmonice în 3 cazuri şi perspectivă de şomaj în 4 cazuri.

Analiza rațională a sferei familiale, relevă următoarea configurație: căsătoriți 1o bărbați şi 15 femei; necăsătoriți (celibatari,văduvi) 8 bărbați şi 8 femei; divorțați 2 bărbați şi 3 femei; despărțiți 2 femei.

Putem menționa, din punct de vedere calitativ, al relațiilor intra familiale, următoarele aspecte: cupluri fără evidente dificultăți de integrare, la 15 pacienți; dizarmonii conjugale la un număr de 12 pacienți, dintre care induse de prezența manifestărilor psihopatologice adictive etanolice 12 pacienți (25%); nivel economic foarte scăzut 1 pacient (2%); relații conflictuale părinți-copii şi cu fratria: părinte inadecvat psihologic (hiperprotectivi sau autoritari) la 9 pacienți

(18,75%); absenţa unui părinte (deces,divorţ) un caz (2%); conflicte ale subiectului cu descendenţa sa 3 cazuri (6,2%); relaţii conflictuale cu fratria 3 cazuri (6,2%).

Analiza circumstanţelor evenimentului suicidar şi prelucrarea medicală a cazului la diferite nivele ale asistenţei, pînă în momentul internării,oferă următoarele date: subiecţi cu ideaţie suicidară comunicată anturajului 5(1o,4%); tentativă suicidară semnalată anturajului (comunicare orală, scrisă, comportamente sugestive) 5(1o,4%); subiecţi cu tentativă suicidară demonstrativă (de impresionare şi manipulare a anturajului prezent) 18 (36%); subiecţi cu tentativă suicidară nesemnalată anturajului, efectuată în solitudine, descoperit fortuit 9 (18,75%).

Din lotul studiat, au fost asistaţi de urgenţă, pentru leziunile somatice secundare tentativei de sinucidere, un pacient la Spitalul teritorial de medicină generală şi 9 pacienţi la Spitalul de Urgenţe (18,75%).

Un număr de 38 (79,16%) pacienţi au fost internaţi iniţial în clinica de psihiatrie, în urma solicitării directe, fiind aduşi de familie.

In ceea ce priveşte modalitatea practică de efectuare a tentativei autolitice, am găsit: ingestii medicamentoase 2o pacienţi, de detergent 1 caz, de sticlă pisată un caz, venesecţie 6 pacienţi, plăgi tăiate un caz, spînzurare 7 pacienţi, defenestrare 3 pacienţi, cădere în gol un caz, propulsia extremităţii cefalice pe un plan dur un caz, înnec un caz; observîndu-se la un număr de 3 pacienţi suprasădăugarea consumului de alcool, în momentul comiterii actului.

Corelînd proiecţia ruminaţiei autolitice cu potenţialul letal al metodei folosite, putem diferenţia trei categorii de gravitate al actului suicidar: tentative autolitice cu reprezentare şi gravitate fără evidentă comitere a actului autolitic (ruminaţii) - 15 (3o%) cazuri; tentative autolitice cu persistenţa ruminaţiilor, a motivaţiilor autolitice şi cu risc situaţional de comitere - 12 (25%) cazuri; tentative autolitice de gravitate, prin comiterea actului - 15 (31,25%) cazuri.

Prin utilizarea interviului semistructurat s-a putut contura atît spectrul motivaţional cît şi proiecţia actului suicidar. Astfel, la aceşti pacienţi am constatat semnificaţia

unui demers autolitic ferm la 19 pacienţi (39,58%); strigăt de ajutor la 7 pacienţi (14%); demonstrativ la 16 pacienţi (33,3%).

In raport cu gradul de afectare a capacităţii de testare a realităţii, din lotul studiat, s-au putut prefigura trei categorii: 1.motivaţii comprehensibile (la capacitate de autoconducţie intactă) - 28 cazuri (56%), 2 motivaţie delirantă interpretativă, la tulburări psihotice - 11 cazuri (22,9%); 3 raptusul suicidar, fără elemente evidenţiabile dar cu motivaţie polimorfă - 3 cazuri (6,2%).

In demersul de configurare a individualităţii somatopsihice a fiecărui subiect din lotul studiat (atît în perspectivă longitudinală cît şi de moment), am obţinut următoarele date: un număr de 22 pacienţi aflaţi la prima internare în clinica psihiatrică (dintre aceştia 4 au prezentat tentativă autolitică neasistată într-un serviciu de psihiatrie); 13 subiecţi care prezintă mai multe internări în clinica psihiatrică; 2 pacienţi cu tentativă autolitică în antecedentele heresocolaterale („suicidul model"); 2o de subiecţi cu boli somatice asociate (HTA, diabet zaharat).

Explorarea funcţională somatică, nu evidenţiază modificări cu semnificaţie patologică la subiecţii din lotul studiat.

Investigaţia fenomenologiei psihopatologice, prin interviul semistructurat şi prin aplicarea unor teste psihologice specifice,prefigurează următoarele aspecte de relevanţă:

- sub aspect clinic cei 5o de subiecţi au fost diagnosticaţi la sfîrşitul observaţiei clinice, cu sindrom depresiv reactiv 12 pacienţi; sindrom depresiv de preinvoluţie 2 pacienţi; psihopatii 16 pacienţi; psihoze hipertimice 7 pacienţi; psihoză epileptică un pacient; psihoză discordantă un pacient şi etilism cronic 5 pacienţi.

- sub aspectul frecvenţei simptomelor semnificative,consemnăm: dispoziţie tristă 48; insomnii 48; ideaţii, reprezentări, fantasme suicidare 48; anxietate 21; impulsivitate 14; tendinţă la izolare (restrîngerea contactelor interpersonale) 3; halucinaţii 2; labilitate emoţională 3.

Conduita medicală adoptată în toate cazurile de comportament suicidar a îmbrăcat un aspect diferenţiat, în funcţie de intensitatea simptomatologiei prezentate în momentul internării, aceasta orientînd admisia subiecţilor spre servicii cu regim

clinic de strictă asistenţă supravegheată medical (47 pacienţi), sau în servicii de asistenţă clinică deschise (3 pacienţi). Evoluţia nefavorabilă, a impus la un caz, transferarea în asistenţă clinică strict supravegheat (două cazuri au reinterat în regim de spitalizare, conduita suicidară).

La 9 din cazurile studiate, se constată refuzul internării în primul moment de contact cu pacientul, în serviciul de recepţie; cinci dintre acestea acceptînd după persuasiune, iar la 4 pacienţi, condiţia psihotică impunînd internarea fără iniţiala acceptiune a acestor pacienţi.

Numărul zilelor de spitalizare a variat între 3 şi 112 zile, cu durate mai mari pentru tablourile psihotice şi psihopatii.

Atitudinea pacienţilor faţă de spitalizarea în clinica psihiatrică nu îmbracă aspecte deosebite, cu excepţie unui caz (psihoză hipertimică) în care se remarcă rejectarea manevrelor terapeutice.

DISCUTII

1. Analiza datelor clinice, a factorilor de peristază sociofamilială, a configuraţiilor psihopatologice, cu rol decisiv în instituirea şi dezvoltarea conduitei suicidare, a naturii mijloacelor de săvîrşire a tentativei suicidare, a implicaţiilor actului suicidar în traiectoria existenţială a subiectului, pun în evidenţă particularităţi ce aparţin analizei clinice la lotul studiat, în raport cu datele considerate.

2. La un număr semnificativ de cazuri (38 pacienţi - 76%), evenimentul suicidar, după ce este receptat iniţial în anturajul proxim al pacientului (familie,stradă,loc de muncă), este abordat de o primă şi unică instanţă profesională: spitalul de psihiatrie. In absenţa unor centre de prevenţie a suicidului,doar la un număr mic de cazuri,apare o verigă intermediară - spitalul de urgenţă - implicată în asistenţa unor leziuni somatice, ca urgenţă uneori toxicologică sau chirurgicală.

3. Atitudinea medicală deţine un caracter univoc faţă de conduita autolitică, indiferent de contextul psihopatologic.Ea poate fi asistată clinic sau în regim de psihoprotecţie familială cu suport medical de asistenţă calificată. Incă de la primul contact cu pacientul se iniţiază procesul psihoterapeutic,astfel încît, eventuala rezistenţă la internare să fie anulată, atitudine impusă de evoluţia imprevizibilă în plan comportamental al

acestor pacienţi.

Criteriile majore de externare, după remisia simptomatologiei clinice, implică responsabilitatea medicală în continuare, ca suport de asistenţă medicală ambulatorie, conjugată de psihoprotecţia familială.

4. In lotul studiat, nu s-a înregistrat nici un caz de culpă medicală, semnificaţia de accident major în psihiatrie, a actului suicidar, inducînd o conduită medicală activă, complexă şi anticipativă, în măsură să evite complicaţiile de ordin deontologic.

CONCLUZII:

1. Procesualitatea unui comportament autolitic, beneficiază de o complexă intervenţie - după epuizarea urgenţei somatice medico-chirurgicale - ceea ce diferenţiază în cadrul asistenţei psihiatrice, necesitatea intervenţiei terapeutice şi psihoprotective pentru categoria de cazuri în situaţii dificile şi cu risc vital.

2. Gravitatea riscului autolitic, predicţia comduitei medicale, întrevede analiza fiecărui caz medical ce particularizează traiectoria existenţială a disponibilităţii patobiografice, cu semnificaţii ce pot fi acordate formelor de depresie, stărilor reactive sau dezvoltărilor biomedicale dar neexprimate clinic.

3. Atitudinea comunitară este importantă pentru asistenţa psihiatrică şi sensibilizarea receptivităţii faţă de asemenea riscuri, constituie o dimensiune a unor complexe activităţi de creştere a nivelului de înţelegere a sănătăţii mentale.

Un rol important îi revine Laboratorului de Sănătate Mentală, atît în promovarea unor măsuri preventive, cît şi prin funcţia şi programul său de dispensarizare ce poate orienta şi sensibiliza atenţia către situaţiile de risc comportamental.

4. Ponderea semnificativă, dificultăţile evidente de psihoprofilaxie, spectrul larg al resurselor terapeutice sînt argumente în favoarea unor remanieri strategice în asistenţa conduitei suicidare, dintre care una se pare de interes imediat şi cu profundă semnificaţie deontologică:

- crearea unor centre de prevenţie a suicidului.

3. Endler F.,Marguet J.F. - Le devenir de suicidantes.Synapse, sept.1991, 78
4. Enăchescu C.- Sindromul presuicidar; Neurol.,Neurochir., Psihiat.Buc.1991, 1-2, 5-9.
5. Frisch S.,Souris M.,Urbain D.- Le suicide: conceptions ethique du medicin hospitalier.Psychol.Medicale,1986,18,6
6. Grecu G.,Csiky K.,Wegendt H.- Studiu asupra tentativelor de suicid internate în clinica de psihiatrie Tg. Mureş între anii 1961-1970.Neurol.,Psihiatr., Neurochir.Buc.,1973,1,61-71
7. Lester D.- La prevention du suicide: passe,present et futur. Acta Psychiatr.Belg.1989,189,128-132
8. Moran P.,Millet L.,Pon J., Breuilland P.J.- Le vecu institutionnel du suicide:„Confrontation aux etudes epidemiologiques".Psychol.Medic.1987,19,5.
9. Morgan M.G.- Suicide Prevention,Hasards on the Fast Lane to Comunity Care.The Brit.Jour.of Psychiatr. 1992,160,149-153
10. Pedinielli J.L.,Elshosse J.,Chabaud B.- Le „lethalite" des tentatives de suicide.Ann.Med. Psychol.Paris, 1989,147,5,341-358.
11. Pirozynski T.(sub red.)- Asistenta psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic.I.M.F.Iaşi 1987,371-376.
12. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.- Introducere în psihopatologia relaţională.Rev.Med.Chir.Iaşi (Supl.)1989
13. Platt St.- Tentativa de suicid în Europa - studiu multicentric asupra tentativelor de sinucidere,efectuat în cadrul OMS (Europa).Acta Psychiatrica Scandinavica,1992,85,97-104.
14. Ringel E.- La prevention du suicide un probleme mondial. L'Hygiene mentale,1966,3,84-105
15. Scripcaru Gh.,Ciubotaru J.,Caisiv V.,Uşurelu R,Enăşescu O., Iftimie D.,Alexandru E.,Colitoiu V.,Bîcă M.R.,Drăghici Gh.: Conduita suicidară: epistemologie medico-legală, II-lea Congres Nat.de Med.Leg.,Ed. Acad.Universitare „Atheneum,Buc.1992,265-276.

Cuvinte cheie: Tentative autolitice
Prevenţia suicidului

UNELE ASPECTE ALE VIOLENTEI MAJORE IN CADRUL RELATIEI MARITALE

M.E.BERLESCU, CAROLA OFFENBERG

In una din lucrările lor (11) Pirozynski şi Scripcaru consideră că în cazul unei disfuncţionalităţi a relaţiei conjugale pot apare mai multe sindroame psihopatologice: 1) psihosindroame nevrotice datorate unor modificări reciproce consecutive interrelaţiilor perturbate; 2) dezvoltări discomportamentale de aversiune, cu violenţă, hetero- şi autoagresivitate; 3) alcoolism, cu exacerbarea trăsăturilor egocentrice de psihopatizare sau evoluţie psihotică; 4) dezvoltări delirante cu tensiuni victimologice; 5) tensiuni conflictuale cu efecte de segregaţie şi divorţ.

Pornind de la rezultatele unui studiu anterior (1) în care s-a sugerat o conformare funcţional - structurală a formei de manifestare psihopatologică în cadrul unui cuplu disfuncţional, am căutat să identificăm în cazul altor forme de manifestare existenţa unor particularităţi cît şi prezenţa sau absenţa dinamicii structurale a sindromului respectiv.

Studiul de faţă se orientează asupra analizei apariţiei şi evoluţiei comportamentului agresiv şi în special cel violent, în cadrul patologiei de cuplu.Cazurile analizate reprezintă manifestări de hetero-violenţă, dar, luînd în consideraţie unele opinii (2,4) reiese că această hetero-agresivitate implică pe lîngă o depersonalizare a pacientului şi o autonegare; dacă se admite existenţa unui deficit al funcţiei de comunicare, această hetero-agresivitate ar fi de fapt o auto-agresiune.Menţionînd aceste opinii am încercat să subliniem complexitatea relaţiilor şi conflictelor care apar în asemenea situaţii ca şi dificultăţile de investigare a lor.

Metodă

Am luat în studiu cazurile din municipiul şi judeţul Iaşi în care s-a efectuat o expertiză medico-legală psihiatrică în cadrul Spitalului Universitar de Psihiatrie „Socola" din Iaşi în care s-a efectuat o expertiză medico-legală psihiatrică în cadrul Spitalului Universitar de Psihiatrie „Socola" din Iaşi în anul 1991, cazuri a căror implicaţie era reprezentată de manifestări hetero-agresive în cadrul cuplului marital.Datele me-

dicale au fost grupate şi prelucrate clinico-statistic.

Rezultate.

In cazurile examinate, violenţa majoră - incluzînd aici omorurile, tentativele de omor şi vătămările corporale grave - a fost prezentă în 67 de cazuri. Dintre acestea, 6 (8,958) aveau o manifestare intrafamilială, dintre care 4 (61,698) în cadrul relaţiei intramaritale - în care am introdus şi relaţia de concubinaj cu o durată mai mare de 6 luni. Aceste 4 cazuri reprezentau 5,968 din toate cazurile de violenţă severă expertizate. Dintre acestea, 2 au fost omoruri, victime fiind o soţie şi un concubin, o tentativă de omor asupra soţiei şi producerea unei vătămări corporale grave unui concubin.

Omorurile au fost comise de persoane relativ tinere, de 27 şi 30 de ani, în celelalte două cazuri agresorii avînd 43 şi respectiv 49 de ani. Distribuţia pe sexe a agresorilor a fost egală. Ca proveniență, 3 agresori proveneau din mediul rural, unul din mediul urban, standardul lor de viaţă fiind apreciat sub-mediu. Nivelul de şcolarizare era de tip gimnazial în trei cazuri şi elementar în al patrulea caz.

Din punct de vedere psihiatric au fost diagnosticate o psihoză delirant-halucinatorie şi un caz de intelect liminar - în cazurile de omor - o personalitate dizarmonică şi un individ îndemn în celelalte două cazuri.

Din datele obţinute nu a reieşit că victimile sau agresorii - exceptînd cazul psihotic - ar fi beneficiat anterior de asistenţă psihiatrică.

Deasemeni, în niciunul din cazuri nu a fost găsită existenţa unor semnalări sau a unor anchete anterioare asupra unor posibile agresiuni în familiile respective, deşi, din datele obţinute de la pacienţi, a reieşit că asemenea situaţii existaseră, dar nu depăşiseră limitele acceptate de mediul în care se găsea cuplul respectiv.

Alcoolul a fost implicat în mod direct în două dintre cazurile de violenţă studiate, şi anume un omor şi o vătămare corporală gravă.

Discuţii

Complexitatea elementelor implicate în manifestarea agresivă ar putea fi cauza pentru care nu a fost găsită încă o de-

finiţie general acceptată a agresivităţii, folosibilă pentru toate formele de manifestare ale acesteia.Se acceptă în general etichetarea unei agresivităţi ca patologică în momentul în care aceasta se socializează.Coordonatele acestui moment diferă în funcţie de criteriile şi legalitatea socială respectivă. Din aceste motive, agresivitatea se defineşte prin efectele sale.

Acest ultim aspect este mai evident atunci cînd este discutată agresivitatea violentă.In acest caz ar putea fi acceptată o definiţie psiho-fiziopatologică,şi anume: „Violenţa reprezintă un comportament agresiv acut, caracterizat în special prin folosirea forţei fizice şi prin limitare în timp, cu angajare şi realizare rapidă" (7).Chiar şi în acest caz însă definiţia porneşte deasemeni de la evaluarea efectelor aşa cum sînt acestea reflectate în legile şi tradiţiile unei societăţi (8,9), ceea ce face dificilă comparaţia acestor forme de manifestare între diferite societăţi.

Studiul nostru se referă însă la aspectele de violenţă majoră, adică la o noţiune a cărei interpretare este asemănătoare în diferite culturi.

Deşi numărul de cazuri luate în evidenţă obţinut pentru perioada analizată este destul de mic, vom tenta totuşi găsirea unor particularităţi ale acestui tip de comportament.De fapt, prezentînd aceste date invităm alţi cercetători la o discuţie asupra acestei probleme.

Dată fiind accesibilitatea examinărilor medico-legale psihiatrice în zona analizată, ca şi faptul că ea este larg utilizată de către toţi factorii care concură la rezolvarea acestor cazuri şi în special a cazurilor cu manifestări de violenţă severă, noi considerăm cazurile luate în studiu ca fiind reprezentative pentru comportamentul agresiv intrafamilial în teritoriul şi intervalul de timp analizate.Dacă alte forme de comportament agresiv intrafamilial ar putea să nu depăşească limitele familiei respective şi deci să nu îmbrace un caracter juridic, ca formă de socializare - de exemplu Poliţia din Paris a raportat că în primele patru luni ale anului 1990 a avut 673 de intervenţii în cazuri de violenţă intrafamilială, dar că procedura juridică a fost iniţiată numai în 165 de cazuri (2) - cele trei categorii de violenţă majoră analizate implică obligatoriu şi intervenţia juridică.

Luînd în consideraţie unele studii recente (6) care par să definească o factorialitate biologică primară în cazurile de violenţă, analiza respectivă poate ajuta la definirea modalităţilor caracteristice de inducere ale acestor manifestări în cadrul cuplului.

Referitor la dinamica acestor tipuri de comportament menţionăm o statistică pe un interval de 10 ani, realizată pe o populaţie mai largă, care include însă şi zona Iaşi, făcută de Gh.Scripcaru, care a listat toate cazurile de violenţă majoră în regiunea respectivă. Autorul a găsit în intervalul 1977-1988, 133 de omoruri intrafamiliale, dintre care 84 (63,168) în cadrul relaţiei intraconjugale. Acelaşi autor prezintă date pentru 1989 şi 1990 (8), găsind că în 1989 din 57 de omoruri intrafamiliale, 27 (43,368) erau în cadrul relaţiei intramaritale iar în 1990, din 64 de omoruri intrafamiliale, 25 (39,068) erau intraconjugale. Alţi autori (5), pe o populaţie similară cu cea luată în studiul de faţă, au găsit că din toate cazurile de violenţă intrafamilială expertizate medico-legal în perioada 1986-1990, cele intraconjugale reprezintă 618 din cazuri. Aceste date sînt comparabile cu cele găsite de către noi.

Cele mai multe studii relevă în majoritatea cazurilor de violenţă intrafamilială preponderenţa agresorilor - bărbaţi. In studiul nostru repartiţia pe sexe a fost egală; în opinia noastră acest aspect se datorează, în măsura în care studiile ulterioare vor releva o aceeaşi repartiţie pe sexe, influenţei unor condiţii evenimenţiale stresante în viaţa societăţii, ce au determinat complexe modificări. Concluziile unui studiu anterior (1) au subliniat deasemeni o influenţă mai crescută a acestui tip de stress asupra bărbaţilor decît a femeilor. Combinînd datele celor două studii ar rezulta că în condiţii de stress intens, prelungit, nevoia de menţinere a relaţiilor conjugale creşte la bărbaţi, pentru a le permite acestora o mai corectă abordare a celorlalte modificări apărute. Dacă se acceptă acest fapt, atunci creşterea incidenţei femeilor - agresoare este numai una relativă, prin scăderea manifestărilor violente ale bărbaţilor. Un alt argument, indirect, în sprijinirea acestei idei, este reprezentat de incidenţa tulburărilor mintale severe înregistrate în cazurile analizate de către noi: omorurile au fost comise de către un bărbat cu psihoză delirant-halucinatorie şi de către o femeie cu intelect deficitar, adică de către persoana

ale cărot criterii de valoare erau diminuate sau pervertite.

După cum se poate observa, incidenţa tulburărilor de personalitate a fost scăzută în cazurile analizate, comparativ cu incidenţa crescută a acestora în comiterea violenţelor în general. Acest fapt se datorează probabil instabilităţii crescute a acestor personalităţi, care nu pot menţine o relaţie de cuplu în care să-şi manifeste violenţa.

Discutînd despre omorul comis de pacientul psihotic, trebuie să menţionăm rezultatele unui studiu (3) care sugerează că prima şi cea mai importantă motivaţie a comportamentului acestor indivizi este reprezentată de delirul lor şi că victimile sînt, în primul rînd, partenerii de viaţă, caractere întîlnite şi în studiul nostru.

Omorul comis de către pacienta oligofrenă a reprezentat de fapt o reacţie faţă de agresiunea anterioară a partenerului faţă de ea. Această contra-reacţie exagerată a fost întîlnită ca motivaţie a comportamentului agresiv violent major şi într-un alt caz inclus în acest studiu.

Caracteristica tuturor acestor cazuri a fost existenţa unei perioade îndelungate de conflict între parteneri, adică unul din termenii de diferenţiere între familiile disfuncţionale şi cele cu relaţii armonioase (9). Agresiunile comise de către femei au fost amîndouă cu caracter reactiv. Acest aspect relevă posibilitatea ca în cadrul cuplului disfuncţional să existe o modificare a poziţiilor agresor - victimă, femeile respective acţionînd la un moment în aceeaşi manieră agresivă ca partenerii lor, dar cu intensitate crescută.

Vorbind despre aceste stări conflictuale trebuie subliniat că acestea, deşi au acţionat un timp îndelungat, nu au determinat alte forme de manifestare din cadrul celor 5 forme psihopatologice menţionate, ceea ce ar susţine ipoteza unicităţii formei de manifestare a psihopatologiei unui cuplu.

CONCLUZII

Deşi în ultimii doi ani agresivitatea generală şi cea intrafamilială au crescut ca incidenţă, omorurile intramaritale ca cea mai severă formă de agresivitate intrafamilială - au scăzut în zona Iaşi. Acest aspect, ca şi implicarea relativ mai frecventă a femeilor în comiterea agresiunilor intrafamiliale cu violenţă severă, s-ar putea explica prin importanţa mai

crescută pe care o acordă bărbaţii menţinerii unei relaţii de cuplu în timpul unor perioade stressante.

Relaţia victimă - agresor se modifică uşor în cadrul violenţelor majore din cadrul cuplurilor disfuncţionale.

Menţionăm incidenţa crescută a tulburărilor mintale severe la indivizii care au comis aceste agresiuni.

Datele noastre par să susţină ipoteza că fiecare cuplu disfuncţional dezvoltă o singură formă de manifestare psihopatologică.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Berlescu M.E.: Studiu comparativ al unor parametri ai stărilor reactive de tip conjugopat în 1989 şi 1990, în „Patologia agresivităţii intrafamiliale", T.Pirozynski (sub red.),1991, Iaşi, Revista Medico-Chirurgicală (supl.)
2. Chadeville D.: Les situations de violence, Actualites psychiatriques, 1992,1,4.
3. Gottlieb P.,Gabrielsen S., Kramp P.: Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 - 1983, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1987, 76, 285-292.
4. Louis M.V.: Quels mecanismes de production de la violence dans le couple?, Actualites psychiatriques, 1992, 1, 8.
5. Offenberg Carola, Pirozynski T.,Postelnicu C.: Manifestări discomportamentale intrafamiliale în patologia infracţională, în „Patologia agresivităţii intrafamiliale", T.Pirozynski (sub red.) 1991,Iaşi,Revista Medico-Chirurgicală (supl.)
6. Remshidt H.: Antisocial Disorders, Behaviour and Deliquency, Current Opinion in Psychiatry, 1989, 2, 490-496.
7. Remshidt H.: Aggression and Conduct Diserders, Current Opinion in Psychiatry, 1990, 3, 457 - 463.
8. Scripcaru Gh., Botezatu Ghe.: Violenţa intrafamilială şi aspectele sale medico-legale, în „Patologia agresivităţii intrafamiliale" T.Pirozynski (sub red.),Iaşi,1991, Revista Medico-Chirur-

gicală (supl.)

9. Pirozynski T., Cosmovici N., Boişteanu P., Chiriţă V.: Agresiunea intrafamilială - semnificaţii actuale şi perspective, în PATOLOGIA AGRESIVITATII INTRAFAMILIALE, T.Pirozynski, (sub red.), Iaşi, Revista Medico-Chirurgicală, 1991 (supl.)

10. Pirozynski T.: La signification onto - analitique de la motivation dans les syndromes psychiques relationnels, Annales Medico-Psychologiques, 1969, 3, 365-372.

11. Pirozynski T., Scripcaru Gh.: INTRODUCERE IN PSIHOPATOLOGIA RELATIONALA, Iaşi, Revista Medico-Chirurgicală, 1990 (supl.), 107-117.

Cuvinte cheie:

- Disfuncţionalitate familială
- Agresivitate, violenţă majoră

Personalitatea umană îşi dobîndeşte sensul autentic atît prin modul în care răsună şi se combină contrapunctele în conştiinţa celorlalţi, cît şi prin modul cum apar ceilalţi în conştiinţă, ca nişte vitale şi inevitabile prezenţe, care întregesc fără a-i stirbi şi limita calităţile superioare în libertatea ei lăuntrică.

EDUARD PAMFIL

PARTICULARITATI PSIHOPATOLOGICE PRIVIND ASISTENTA SITUATIILOR DIFICILE IN BELIGERANTA

ARMASU V., CHELEMEN C.

Deşi nu există nici o posibilitate de a stabili în armată o distincţie absolută între tulburările mintale în timp de pace şi cele în timp de război, cea mai mare parte a autorilor au studiat separat aceste două categorii de manifestări.

Mai ales după sfîrşitul celui de-al doilea război mondial, studiile consacrate manifestărilor în timp de război au căpătat tot mai mare importanţa. Trebuie să vedem în aceasta, efectul provocat prin datele noi aduse de curentul psihodinamic şi psihosociologic, care au permis psihiatrilor militari să acorde un interes nou, unor tablouri clinice relativ discrete.

Alături de lucrările bazate pe metoda epidemiologică, un număr considerabil de studii clinice făcute asupra unui număr restrîns de observaţii a fost publicat. Cele mai multe sînt consacrate formelor şi aspectelor particulare, care permit psihiatrilor de a deduce noi cunoştinţe teoretice şi aplicaţii practice.

In acest context, afirmăm şi noi, că scopul prezentei lucrări nu este de a parcurge catalogul bolilor mintale sau de a face o nouă descriere, ci de a tenta, din unghiul experienţei noastre şi a altor psihiatri militari, inventarierea diferenţelor şi a particularităţilor specifice fiecărei boli sau sindrom, atît în aspecte clinice cît şi în mecanismele sale.

In opinia noastră tulburările psihice în timp de război nu se constituie într-o categorie cu specificitate individuală şi ele se cuprind în cadrul marilor entităţi psihopatologice clasice, adesea acute, în strînsă legătură cu condiţia relaţională a subiectului (5).

I. Emoţiile şi comportamentul uman în timp de beligerenţă

Reacţiile afectiv-emoţionale în timp de război, ca şi cele în timp de pace, sînt condiţionate multifactorial. Fără să neglijăm importanţa decisivă a caracterului şi a nivelului motivaţional, personal şi de grup, trebuie să accentuăm asupra factorilor principali cuprinşi în relaţia: om - mediu.

Pe timpul unei confruntări militare, în care sînt atît de frecvente traumele psihice şi solicitările emoţionale, nu este indiferent dacă subiectul (în cazul nostru militarul,luptătorul)

are un temperament echilibrat sau nevrotic, anxios sau nepăsător, agresiv sau pasiv-dependent. De asemeni, importantă este istoria vieţii personale, traumele afective din trecut, complexele afective şi tendinţa lor de a genera noi complexe. Oamenii care în condiţii normale de viaţă au un echilibru afectiv relativ stabil, se pot decompensa pe timp de război în sensul predispoziţiilor şi micile dezechilibre latente devin evidente, se „developează", sub influenţa emoţiilor, oboselii, privării de somn (10).

Complexele afective, cu precădere cele de inferioritate şi cel de frustraţie, pot împiedica reechilibrarea sau pot induce fenomene de supracompensare prin transformarea anxietăţii în agresivitate, a inhibiţiei emotive în activitate febrilă şi ineficientă. In acelaş timp, factorii fizici şi psihologici favorizează apariţia reacţiilor emoţionale dezadaptate cum sînt: izolarea afectivă (realizată prin despărţirea de familie), lipsa de informaţii asupra situaţiei militare, zvonurile alarmiste (în cadrul războiului psihologic practicat eventual de inamici), inactivitatea, plictiseala, toate acestea desigur alături de traumatismele psihice clasice ale cîmpului de luptă.

Decompensările active în companie pot apare sub influenţa unor incitaţii emoţionale foarte îndelungate (la subiectul normal) sau sub influenţa emoţiilor liminare la cei predispuşi (cu trăsături accentuate din perioada premorbidă) şi pot îmbrăca mai multe aspecte clinice.

Dintre acestea menţionăm: emoţia şoc şi panică, reacţiile isterice, hipnoza bătăliilor, reacţiile anxioase acute, anxietatea cronică.

Emoţia-şoc, denumită diferit de autori (siderare emotivă, ictus emotiv) reprezintă în fapt, într-o primă fază, o reacţie inhibitoare masivă, declanşată de un pericol vital ce apare prin surprindere şi care poate să cuprindă nu numai sfera somatică a motricităţii şi şi pe cea viscerală, mai cunoscută fiind sincopa cardiacă (11).

In faza următoare se va produce o restabilire a capacităţii de reacţie psihomotorie, dar sub formă dezadaptată, cînd stuporea iniţială se transformă în fugă dezordonată, spaima paralizantă devine furie şi hetero sau autoagresivitate, urmată uneori de o stare de apatie şi depresiune de durată relativ scurtă, după care se instalează remisiunea, revenirea la normal.

Fenomenele descrise desemnează ruperea echilibrului funcţional şi răsturnarea ierarhiei psihismului, cînd omul privat de partea cea mai nobilă a personalităţii sale, raţiunea lucidă,nu mai prezintă nici reacţii instinctual-primare,normale,capabile să asigure autoapărarea şi supravieţuirea, devenind o fiinţă cu reacţii imprevizibile, dăunătoare conservării propriei individualităţi precum şi microgrupului social (8).

De cele mai multe ori, mai cu seamă la predispuşi, emoţia-şoc nu trece fără a lăsa urme.Poate persista o anxietate latentă şi o sensibilizare faţă de stimulii asemănători cu cei care au provocat şocul emoţional primar; starea de anxietate recurentă se poate exterioriza episodic sub forma retrăirii pentru scurt timp a unei scene de groază sau, în timp, să dea naştere la tulburări nevrotice ori modificări ale caracterului.

Panica reprezintă o reacţie emoţională dezadaptată cu specific de apariţie în colectivitate, sub influenţa unui pericol vital, real sau imaginar şi în care un rol important îl joacă contagiunea psihică. Desfăşurarea unei astfel de reacţii dezadaptative cunoaşte trei faze ce pot fi considerate în paralel cu fazele reacţiei fiziologice de adaptare.Panica poate antrena uneori mari mase de oameni consideraţi normali şi să dea naştere la atitudini şi comportament anormal, la indivizi care anterior nu manifestaseră în vreun fel semne de anomalie psihică.

Desigur, formele clinice expuse pînă acum vor îmbrăca aspecte particulare, specifice personalităţii individuale.

Personalităţile imature vor elibera de sub controlul raţionalului, reacţii de tip agresiv, depresivii constituţionali vor fi expuşi la reacţii depresive intense şi prelungite, cei cu structuri de tip paranoid vor adopta complexe de atitudini însumînd autoaprecierea exagerată, impenetrabilitatea la argumentarea logică, suspiciunea, revendicarea, căutarea de vinovaţi,iar dizarmonicii vor manifesta însubordonare, ultraj, dezertare (9,12).

Totuşi, considerînd normalul ca o noţiune adoptată în mod convenţional, funcţie de o medie generală, putem accepta şi ne putem aştepta la reacţii de dezadaptare de orice natură de la orice persoană. In orice om există tendinţa de a se elibera la un moment dat de o tensiune generatoare de anxietate, proiectînd această anxietate asupra anturajului. In mod obişnuit, individul echilibrat îşi înlătură asemenea tendinţe, pe care raţiunea lui

le identifică în justa lor semnificaţie şi le reprimă. Dar, cu deosebire în condiţii de campanie, cînd intervin situaţii complexe (surmenaj, complex de frustraţie, teama de moarte) care slăbesc discernămîntul şi frîna raţională, ce se opun pulsiunilor omul cel mai normal se poate comporta pentru un moment în mod anormal, ca un paranoid rigid şi bănuitor, ca un depresiv cu idei suicidare, ca un impulsiv cu explozii violente şi nedrepte.

Spre deosebire de oamenii normali, dezechilibraţii constituţionali pot reacţiona astfel şi la traume psihice de mică intensitate, iar reacţiile lor în mod frecvent adoptă forme majore şi prelungite cu evidentă tendinţă la dezvoltare.

In condiţiile strict particulare ale războiului, reacţiile isteroide îmbracă frecvent aspecte conversive, personalitatea structurată isteriform din premorbid joacă un mare rol în aceste manifestări care traduc o modalitate primară de reacţie la emoţii,prin convertirea anxietăţii în simptome somatice,ce pot mima diferite boli şi infirmităţi (de exemplu: auditiv,vizual, motor). Nivelul socio-cultural scăzut, contribuie mult la geneza accidentelor de tip isteric.

Autorii francezi au descris primii reacţia psihopatologică (demumită şi hipnoza bătăliilor) care constă în scăderea şi îngustarea cîmpului conştienţei, fenomene de automatism psihomotor şi anxietate, instalate acut în condiţii de suprasolicitare emoţională şi epuizare psihofizică.Apar stări oneiroide, modificări ale psihomotricităţii, fie în sensul unei inhibiţii de diferite grade (hiporeactivitate, apatie, stupor) fie în sensul unei agitaţii psihomotorii, uneori periculoasă şi pentru anturaj (5).

Reacţiile anxioase acute pot îmbrăca numai forma neliniştii externe, a groazei de un pericol nedefinit, sau pot avea o expresie somatică (atunci luînd denumirea de angoasă) putînd culmina cu senzaţia de moarte iminentă.

Spre deosebire de aceasta, anxietatea persistentă poate fi adeseori neobservată de anturaj, subiectul părînd preocupat, absorbit de activităţile curente, de fapt fiind în perioada unei stări anxioase pe care reuşeşte să o înăbuşe mult timp. Deodată, în mod aparent neaşteptat, poate apare o exacerbare sub forma raptusului anxios (fuga din unitate,tentativă de sinucidere). Asemenea manifestări pot apare uneori la luptători cu

experienţa bătăliilor şi care tocmai pentru că ştiu ce-i aşteaptă trăiesc fenomene anxioase anticipatorii.Anturajul nu bănuieşte ce se petrece în lumea psihică a unui anxios, întrucît ceea ce acesta resimte ca un pericol sau o traumă afectivă, pentru subiecţi bine echilibraţi şi rezistenţi reprezintă cel mult contrarieri lipsite de importanţă.

In acest fel putem atribui explicaţia atitudinii faţă de timizi, anxioşi, depresivi şi a nesesizării la timp a semnelor de alarmă care preced decompensările grave.

In realizarea acestui deziderat putem folosi atît condiţionarea cît şi decondiţionarea psihologică (3).

Cu cît instruirea şi antrenamentul reuşesc să reproducă mai aproape de realitate condiţiile luptei, cu atît sistemul nervos va fi mai capabil să răspundă în mod adecvat la stimuli reali. Desfăşurarea exerciţiilor de luptă, care au loc în perioadele cînd nu se desfăşoară acţiuni specifice războiului,în timp de campanie, urmăresc atît condiţionarea reacţiilor bine adaptate cît şi decondiţionarea unor reflexe emoţionale nocive ce au fost elaborate în condiţiile luptei, în aşa fel încît luptătorul, deşi nu este eliberat de frică, este totuşi, în mare măsură, eliberat de componenta iraţională a acesteia,aceea pe care o condiţionează necunoscutul şi surpriza.

In sprijinul profilaxiei reacţiilor emoţionale dezadaptate vin şi măsurile de natură să întărească coeziunea de grup, depistarea stărilor de tensiune eventual existente în cadrul grupului. De altfel, aceste măsuri psihoprofilactice tind tot mai mult să iasă din cadrele înguste ale asistenţei de specialitate, pentru a se încorpora în mijloacele de acţiune psihologică ale comandanţilor şi şefilor de toate gradele (2o).

II.Aspecte clinice

A/ Circumstanţe de apariţie

Manifestările psihopatologice apar cu frecvenţă scăzută în timpul efectiv al luptei, în aceste cazuri ele îmbracă cel mai ades un aspect acut sau suprasacut cu posibilitatea apariţiei tulburărilor majore de comportament. Apar gradual toate posibilităţile, de la reacţiile emoţionale cele mai obişnuite,pînă la cele mai grave. Dar cel mai ades între eveniment şi tulburarea psihică se interpune un spaţiu de timp liber, astfel încît accidentul patologic apare în afara perioadei de luptă.Acest timp de incubaţie poate fi întîrziat, tulburările psihice de-

clanşîndu-se în repaos, sub influenţa unui stimul obişnuit nespecific, adesea sonor.

S-a insistat asupra rolului particular al somatizării emoţiilor şi de asemeni asupra fenomenului de „anafilaxie emoţională".Prin termenul de „alergie emoţională", P.Sivadon, în 1964 a descris următoarea secvenţă clinică: cauză „pregătitoare" în cursul luptei, uitată şi scotomizată; perioada de latenţă, cel mai ades considerată mută, cuprinzînd o stare de iritabilitate, tulburări digestive, polidipsie şi de multe ori o astenie cu hipersomnie; cauza „declanşantă", uneori minimă şi fără legătură aparentă cu elementul iniţial (3).Liniştea clinică, în cursul evoluţiei se poate întinde pe o perioadă de 2 la 3 ani.Paradoxal, există şi posibilitatea inversă, ca tulburările să apară anterior expunerii la pericol, prin presupunerea acestuia, adesea la oameni ce au deja experienţe unei lupte.Se cunosc posibilităţi de manifestare a tulburărilor psihice în situaţii de beligeranţă la nivel individual şi colectiv (6).Majoritatea acestora survin ca urmare a unei emoţii violente şi constituie un răspuns acut la un stimul major.

B/ Manifestări individuale

Sînt descrise în literatura de specialitate două aspecte: siderarea şi reacţiile de panică.

Siderarea, apare ca imobilitate şi marcată rigiditate,ce poate realiza un aspect catatonic sau chiar pseudo-parkinsonian, mai ales cînd se asociază tremurăturile. Siderarea este descrisă ca o inhibiţie totală, care pune subiectul în afara posibilităţilor oricărui gest de apărare şi pe care o întîlnim în cadrul ictusului emoţional descris de E.Dupré (1).

Reacţiile de panică se manifestă cu tremurături şi strigături, cu facies vultuos, subiectul neglijînd precauţiile minime de securitate, cu diminuarea instinctului de autoconservare. Acesta se refugiază în spatele liniilor de luptă, în locurile de ajutor al unităţii sau în spaţii iluzoriu securizante. Adesea se poate observa o veritabilă fugă spre înainte, către liniile inamice. Această fugă-panică se termină cel mai ades prin căderea în stare de epuizare, cu respiraţie agitată, tahicerdie şi mutism, sau printr-o descărcare excito-motorie. Pot fi înregistrate şi aspecte de activitate dezordonată şi impulsivă, asemănătoare uneori cu furia epileptică, însoţită de auto sau hetero-agresivitate.Gradul mare de periculozitate

pentru anturaj este evident. In realitate aceste rupturi brutale în comportament nu pot fi total despărţite de structura psihică premorbidă,subiacentă (7).

Principalele forme clinice descrise sînt: forma anxioasă, forma confuzională, formele delirante acute (cu caracter cel mai ades tranzitor), formele isterice, formele psihosomatice, formele depresive şi cele comportamentale.

C/ Manifestări colective

Tulburările psihice în timp de război reprezintă în mare măsură fenomene de grup, mai restrîns sau mai mare.Este bine cunoscut caracterul lor epidemic în trupele insuficient antrenate, formate în grabă, incorect comandate, cu moral scăzut,şi care au acumulat tensiuni şi oboseala unei campanii prelungite. Retragerea, încercuirea şi capitularea, reprezintă factori favorizanţi majori. O astfel de contagiozitate se regăseşte în cel mai înalt grad în panica de grup, dar mecanismele acesteia sînt departe de a se rezuma doar la suma interacţiunilor manifestărilor psihiatrice individuale.Formele principale de manifestare a acestora sînt: panica acută şi echivalenţele de panică. După V.Girard şi colaboratorii se descriau 3 faze în comportamentele numite „de catastrofă".

a/ Faza de şoc: agitaţie dezordonată, excitaţie,acte automate şi absurde,sentimente de vulnerabilitate.

b/ Faza de reacţie: refuzul situaţiei trăite anterior,inhibiţie,apatie,stuporare, perplexitate, dar cu o uşoară întoarcere către starea de conştienţă.

c/ Faza de interacţiune: încercarea de informare,organizare colectivă.

Reacţiile la distanţă, mai lente, cu elaborarea mecanismelor complexe de actualizare, nu sînt rare.

III.- Engramare de tip cazuistic

Consecutiv situaţiei de beligeranţă apărută în România în decembrie 1989, şi la nivelul secţiei de neuro-psihiatrie din cadrul Spitalului Militar Iaşi au apărut cazuri similare cu cele expuse mai sus şi care au fost tratate şi urmărite dinamic în cursul anilor 199o,1991,1992(11).

Studiul nostru a fost efectuat pe 18 pacienţi cu manifestări neurologice paroxistice care au fost atribuite crizelor de anxietate.Aceste crize asociau pierderi de cunoştinţă,deficite motorii sau senzitive focale, diestezii difuze, tulburări sua-

le, tremurături, durînd 1o-3o minute şi repetîndu-se zilnic sau săptămînal. O patologie organică a fost exclusă pe baza examenelor paraclinice şi a evoluţiei atipice.Cei 18 pacienţi au prezentat: crize de epilepsie =8; accident ischemic tranzitor=4; migrenă=3; tulburări vestibulare=2; patologie periferică = 1.

12 au fost trataţi cu asociere de diazepam -1o-2o mg pe zi şi trimipramină=5o-1oo mg pe zi.După trei săptămîni,benzodiazepina a fost întreruptă iar trimipramina a fost administrată în monoterapie încă una-trei luni în ambulatoriu.

Rezultate: Tratamentul cu diazepam (1o-2o mg/zi) şi trimipramină (5o-1oo mg/zi) continuat cu monoterapie antidepresivă 1-3 luni în ambulatoriu, a dus la dispariţia durabilă a crizelor.

Concluzii:

Crizele de angoasă sau atacurile de panică, sînt manifestări paroxistice de anxietate, cu debut brutal şi durată limitată. Numeroase studii au arătat că atacul de panică se diferenţiază de alte forme de anxietate.Din punct de vedere farmacologic, atacurile de panică răspund favorabil la antidepresive, contrar răspunsului anxietăţii generalizate.Din punct de vedere semiologic, simptomele somatice sînt pe primul plan şi pot mima o patologie cardiovasculară, respiratorie,sau neurologică, conform şi observaţiilor noastre.Numeroşi pacienţi au fost consultaţi prin vertij, tremurături, diestezii difuze, simptome ce fac parte din criteriile de diagnostic ale atacului de panică după DSM III-R (12).

Numeroşi autori au constatat deja că simptomele neurologice pot fi consecinţa unor autentice atacuri de panică (11). La pacienţii noştri examenele clinice şi paraclinice normale ca şi evoluţia atipică a simptomatologiei, au certificat o patologie non organică.Examenul psihiatric a eliminat o isterie sau o simulare şi a evidenţiat simptome de anxietate.

Intervenţia chimioterapică este obligatorie avînd în vedere riscurile evoluţiei atacului de panică,către: depresie, alcoolism, automedicaţie intempestivă,suicid.In experienţa noastră, similar cu datele din literatura de specialitate,pacienţii au răspuns favorabil la benzodiazepine şi antidepresive.

Scanned with OKEN Scanner

le, tremurături, durînd 1o-3o minute şi repetîndu-se zilnic sau săptămînal. O patologie organică a fost exclusă pe baza examenelor paraclinice şi a evoluţiei atipice.Cei 18 pacienţi au prezentat: crize de epilepsie =8; accident ischemic tranzitor=4; migrenă=3; tulburări vestibulare=2; patologie periferică = 1.

12 au fost trataţi cu asociere de diazepam -1o-2o mg pe zi şi trimipramină=5o-1oo mg pe zi.După trei săptămîni,benzodiazepina a fost întreruptă iar trimipramina a fost administrată în monoterapie încă una-trei luni în ambulatoriu.

Rezultate: Tratamentul cu diazepam (1o-2o mg/zi) şi trimipramină (5o-1oo mg/zi) continuat cu monoterapie antidepresivă 1-3 luni în ambulatoriu, a dus la dispariţia durabilă a crizelor.

Concluzii:

Crizele de angoasă sau atacurile de panică, sînt manifestări paroxistice de anxietate, cu debut brutal şi durată limitată. Numeroase studii au arătat că atacul de panică se diferenţiază de alte forme de anxietate.Din punct de vedere farmacologic, atacurile de panică răspund favorabil la antidepresive, contrar răspunsului anxietăţii generalizate.Din punct de vedere semiologic, simptomele somatice sînt pe primul plan şi pot mima o patologie cardiovasculară, respiratorie,sau neurologică, conform şi observaţiilor noastre.Numeroşi pacienţi au fost consultaţi prin vertij, tremurături, diestezii difuze, simptome ce fac parte din criteriile de diagnostic ale atacului de panică după DSM III-R (12).

Numeroşi autori au constatat deja că simptomele neurologice pot fi consecinţa unor autentice atacuri de panică (11). La pacienţii noştri examenele clinice şi paraclinice normale ca şi evoluţia atipică a simptomatologiei, au certificat o patologie non organică.Examenul psihiatric a eliminat o isterie sau o simulare şi a evidenţiat simptome de anxietate.

Intervenţia chimioterapică este obligatorie avînd în vedere riscurile evoluţiei atacului de panică,către: depresie, alcoolism, automedicaţie intempestivă,suicid.In experienţa noastră, similar cu datele din literatura de specialitate,pacienţii au răspuns favorabil la benzodiazepine şi antidepresive.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Bruno Silvestrini, M.D.: The Paradoxical Stress Response: A Possible Common Basis for Depression and Other Conditions The Journ.of Clinical Psychiatry, (Suppl.)1990, 51
2. Ey H.„Conştiinţa". Ed.St.şi Enciclop.Bucureşti 1983
3. Ionescu G.: „Psihologie clinică".Ed.Acad.RSR 1985
4. Gorman J.M.,Papp.L.A.: Chronic Anxiety: Deciding the Length of Treatment, in The Journal Of Clinical Psychiatry,1990,(supl.),51
5. Jouiliet P.: „Psychiatrye militaire".Paris 1979
6. JB Winer, Rac Hughes, Osmond C.:„A prospective study of acute idiopathic neuropathy,Journ.of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry,1988,51,5
7. Pirozynski T.,Chiriţă V.,Boişteanu P.: „Psihiatrie clinică," UMF Iaşi,1993
8. Pirozynski T.:„Interferenţe psihiatrice" Rev.Med.Chir. (supl.)Iaşi-1986.
9. Pirozynski T.(red.):„Asistenţa psihiatrică a cazurilor cu risc comportamental patologic". I.M.F.Iaşi 1987.
10. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.: „Introducere în psihopatologia relaţională".Rev.Med.Chir.(supl.) 1989.
11. Petiau C.,Hirsch E., Peretti S.,Sellal F.,Denion J.M., Marescaux C.: Manifestations Neurologiques Paroxysriques Révélatrices D'Attaques de Panique.Rev.Neurol. (Paris)1992,148: 8-9,555-559.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - American Psychiatric Association.DSM 3-R Washington,1987.

Cuvinte cheie:

- atac de panică
- anxietate

UNELE SEMNIFICATII ALE MODALITATILOR DE COMUNICARE IN FAMILIILE DISFUNTIONALE

M.E.BERLESCU

Se poate considera în momentul întemeierii unui cuplu ar putea fi îndeplinite premisele ca acesta să funcţioneze în limitele stării de bine familial. Această stare poate fi definită de către OMS - „o stare de bine fizic,psihic şi social al unui cuplu, din care rezultă o complementaritate la toate nivelele, o ajustare permanentă şi reciprocă, în scopul rezilierii conflictelor şi integrării personalităţii fiecărui partener în noua personalitate a cuplului".

Din acest moment familia nou formată începe să-şi îndeplinească funcţiile pe baza unor procese multiple care au loc între parteneri şi dintre care au putut fi identificate: conflictualitatea, dominanţa, afectivitatea, comunicarea şi dinamica structurilor familiale.Persistenţa unei armonii conjugale ar presupune o dezvoltare satisfăcătoare a fiecărui proces în parte sau o armonie globală rezultată din integrarea complementară a intensităţii diferitelor procese.

Evoluţia ulterioară a cuplului nu duce întotdeauna la rezultatele dorite, relaţia familială nefuncţionînd în toate cazurile la parametri integrativi.Formele de manifestare ale acestei disfuncţii sînt multiple.Ele pot apare chiar de la începutul constituirii familiei sau pe parcursul evoluţiei acesteia.Una din problemele care îşi aşteaptă răspunsul este explicarea mecanismului de evoluţie către o anumită formă de exprimare a dizarmoniei, în condiţiile în care situaţii conflictuale asemănătoare sînt rezolvate în termeni sociali acceptabili de către unele cupluri în timp ce în alte cazuri ele îmbracă aspecte complexe cu particularităţi psihopatologice.S-a tentat deseori evidenţierea unor corelaţii între funcţia familială neîndeplinită, procesul familial perturbat şi forma de manifestare a conjugopatiei.Studiile efectuate s-au referit în general la relevarea corelaţiilor dintre formele de manifestare şi diferiţi factori conjuncturali, educaţionali demografici,profesionali,psihologici.

Nu s-a putut deasemeni identifica pînă acum existenţa unei eventuale ierarhii a proceselor familiale implicate, considerîndu-se că toate au o importanţă egală.

Conjugopatia-epifenomen al unui distress extrafamilial

Deşi cercetările asupra familiei se fac în strînsă corelaţie cu factorii ambientali în care funcţionează aceste familii, se tinde în general la căutarea motivaţiilor şi procesualităţilor numai în cadrul conjugopatiei, fără a se accepta în mod clar procesualitatea conjugopată ca fiind uneori numai un epifenomen al unor disfuncţii extrafamiliale.

Trecînd peste dificultăţile de definire a „familiei disfuncţionale", acceptăm opinia care consideră ca element comun an acestor conjugopatii existenţa unui factor perturbator intens, care acţionează o perioadă mai îndelungată de timp (11). Acest factor poate fi căutat,în opinia noastră, atît în complexul familial - avînd astfel disfuncţionalităţi dominant biomedical sau psihologice - cît şi în relaţiile funcţionale de viaţă, el putînd fi şi un factor stressant extrafamilial.Avînd în vedere funcţia protectivă a familiei, exteriorizarea unor frustrări sau stressuri care acţionează înafara familiei ar putea să-şi găsească teren de exprimare numai în mediul familial.

Comportamentul-mijloc de comunicare

Datele din literatura actuală referitoare la procesele implicate în funcţionalitatea familiei, acordă o mare importanţă proceselor de comunicare.Există tendinţa chiar de a explica orice devianţă apărută prin deficitul funcţiei de comunicare.Studiile efectuate asupra acestei probleme pot fi grupate,în mare,în două categorii: cele care consideră comunicarea ca o interreacţie globală a membrilor familiei, referindu-se la modalităţile de comportament ale unora faţă de alţii şi cele care se referă la comunicarea strict verbală(3). Ca o paranteză, menţionăm că această grupare este prezentă şi în modul de diferenţiere a diferitelor forme de terapie maritală.Ca un exemplu a ceea ce înseamnă realizarea unei comunicări de la începutul realizării cuplului,autorii(16) arată într-un studiu realizat pe cupluri israiliene care trăiesc în Statele Unite, o incidenţă mai scăzută a divorţialităţii acestora,datorată,în opinia lor,faptului că aceste cupluri se întemeiază pe elemente mai pragmatice,ce cuprind suportul mutual şi înţelegerea şi pun mai puţin accentul pe sexualitate sau afecţiune.

Studii multiple, care au folosit tehnici diverse şi foarte complexe au fost aplicate familiilor în care s-a dezvoltat ulterior un descendent cu schizofrenie. Iniţial ,analizele au

fost retrospective, ulterior ele devenind prospective.Autorii au putut releva diferenţieri clare între modalităţile de comunicare în familiile cu descendenţi schizofreni şi cei fără astfel de descendenţi.Deasemeni au putut diferenţia familiile în care au apărut schizofrenii paranoide de cele în care au apărut schizofrenii hebefrenice (13).Au arătat deasemeni că nu existau diferenţe între modalităţile de comunicare între părinţii biologici şi cei adoptivi în cazul dezvoltării unei schizofrenii la copii(13). Aceste studii şi-au dovedit valabilitatea şi ca factori predictivi ai dezvoltării ulterioare ai unor schizofrenii.

Majoritatea acestor exemple se referă la comunicarea verbală.Unele studii au evidenţiat perturbări şi în cazul comunicării neverbale,în special în ceea ce se numeşte „exprimarea emoţiei".Ele au arătat, tot în cazul schizofreniilor, o creştere a incidenţei recăderilor în familiile în care comportamentul exprima o intensă expresivitate a emoţiei comparativ cu cele în care această expresivitate era redusă.

Un alt factor care a fost identificat la mamele copiilor cu tulburări de comportament a fost neclaritatea mesajelor pe care acestea le transmiteau copiilor lor şi în special confuzia semnificaţiei mesajelor transmise în acelaşi timp prin canale diferite:privire,voce,gesticulaţie (13).

Aceste exemple relevă existenţa în cazul unor condiţii psihopatologice a unei devianţe a modalităţilor de comunicare.

In cazul disfuncţiilor familiale s-a pus în evidenţă apariţia unui sentiment de nesiguranţă şi incertitudine (15), care pare să fie prezent în toate aceste familii. O serie de studii l-au considerat ca fiind numai un semn premonitor al unei depresii,deşi s-au emis păreri că ar exista şi posibilitatea altor posibilităţi evolutive. Ceea ce pare să existe în aceste familii este o dificultate majoră de comunicare verbală.

O dezvoltare a acestui aspect a fost adusă de multiple studii etologice care au introdus problema semnificaţiei unui anumit tip de comportament.Efectuînd studii asupra comportamentului animal, în special în cazul apariţiei unei depresii la acestea (2), s-a putut trage concluzia că atitudinea depresivă este o formă de apărare prin care se solicită protecţie din partea partenerului.Această accepţiune ne permite o extindere a modului de interpretare a comportamentului perturbat ca

o formă de comunicare neverbală în cazul în care comunicarea verbală a fost deteriorată de diferiţi factori sau nu mai este posibilă.

Se consideră că femeia este prima care simte apariţia disfuncţiei familiale.Este posibil ca tot femeia să poată diferenţia între natura factorilor perturbatori - adică între cei care au luat naştere în familie şi cei care aparţin mediului extrafamilial - şi să reacţioneze în mod diferit.

Agresivitatea - mijloc de comunicare neverbală

Un aspect particular se referă la comportamentul agresiv. Este interesant de subliniat la aproximativ 25% din cazuri acest comportament agresiv debutează înainte de căsătorie iar din celelalte 75%,mare parte debutează imediat după căsătorie.Chiar în aceste condiţii momentul în care familia nu mai funcţionează survine destul de tîrziu.De ce a fost acceptat acest comportament agresiv? Sau de ce nu a mai fost el acceptat la un moment dat?

In opinia noastră această hetero-agresivitate - care în unele accepţiuni este considerată şi ca o formă de negare a propriei personalităţi, ca o formă autodestructivă - este interpretată iniţial ca un semnal de solicitare a ajutorului.Se formează în aceste cazuri un nou echilibru care permite o funcţionalitate îndelungată a cuplului respectiv.

O anumită agresivitate este acceptabilă de familia respectivă în funcţie de parametrii anteriori ai mediului din care provin partenerii.Există deasemeni studii multiple care susţin şi teoria transmiterii intergeneraţionale a modelului comportamentului agresiv. In unele structuri familiale, agresivitatea este considerată ca o formă de afecţiune.Deasemeni chiar în cazuri intens agresive, familia tinde să menţină acest nucleu familial. Permisivitatea acordată acestui tip de comportament este limitată de anumite „penalităţi familiale".Numai în acest mod pot fi explicate cazurile în care deşi efectele manifestărilor agresive depăşesc o anumită limită,există multiple încercări de reorganizare a cuplului astfel amintesc în acest context disfuncţionalităţile familiale în care soţia a colectat în timp multe certificate medico-legale, prin care dovedeşte că a fost maltratată,dar nu îl acţionează pe soţ în justiţie; sau în cazul în care solicită ajutorul Poliţiei, dar nu continuă acţiunea.Aceste acţiuni sînt folosite ca un semnal de avertizare a soţului şi care a atins un anumit prag al acceptării unui anumit tip de comportament.

Un studiu efectuat asupra comportamentului copiilor (5) realizează existenţa unei legături intense între agresivitatea acestora şi modul de comportament al părinţilor.Se analizează doi parametri: permisivitatea pe care aceştia o acordă unui comportament agresiv şi penalităţile pe care le aplică.Concluziile acestui studiu arată existenţe unui comportament agresiv mai redus în familiile în care permisivitatea este redusă dar şi pedeapsa nu este prea severă.Un mecanism asemănător acţionează probabil şi în cazul agresivităţii conjugale,încercîndu-se să se acorde o libertate tipului de comportament.

Este interesant de amintit în contextul discuţiei despre semnificaţia de mijloc comunicare pe care o are agresivitatea în mediul familial întrucît această agresivitate de obicei nu se manifestă, în aceste faze ale evoluţiei cuplului, asupra tuturor membrilor familiei.Ea se manifestă, în general, ori numai asupra copiilor, ori numai asupra soţiei.Acest aspect creşte semnificaţia de „formă de comunicare" pe care o acordăm acestui comportament.

Existenţa acestui mod de comportament constituie însă un factor stresant prin el însuşi, deci se poate trece de la agresivitatea-simptom al unui stress oarecare la agresivitatea- cauză a conjugopatiei, moment în care se schimbă echilibrul format anterior. In aceste situaţii se ajunge şi la depăşirea gradului de violenţă aceeptat ceea ce duce la deteriorarea rapidă a relaţiilor familiale şi la socializarea conflictului.

Unele observaţii anterioare ne permit să apreciem că efecte lezionale majore asupra victimelor sînt produse atunci cînd există o deteriorare marcată a personalităţii prin diferite mecanisme: prin consumul de alcool - căruia deasemeni i se poate lua în consideraţie semnificaţia de mesaj - sau din alte cauze, deci la personalităţi care au pierdut o semnificaţie a valorilor.Luînd în consideraţie opiniile care consideră foarte crescut numărul de manifestări discomportamentale de acest tip, procentajul de cazuri socializate este foarte redus.Acesta poate fi considerat un argument al valorii crescute pe care o au relaţiile familiale pentru orice individ.In sprijinul acestei opinii aducem şi rezultatele unui studiu (7) care a relevat pe 500 de internări consecutive într-un pavilion de admisie, numai în 12% din cazuri manifestări agresive în madiul familial.Majoritatea pacienţilor

Un studiu efectuat asupra comportamentului copiilor (5) realizează existenţa unei legături intense între agresivitatea acestora şi modul de comportament al părinţilor.Se analizează doi parametri: permisivitatea pe care aceştia o acordă unui comportament agresiv şi penalităţile pe care le aplică.Concluziile acestui studiu arată existenţa unui comportament agresiv mai redus în familiile în care permisivitatea este redusă dar şi pedeapsa nu este prea severă.Un mecanism asemănător acţionează probabil şi în cazul agresivităţii conjugale,încercîndu-se să se acorde o libertate tipului de comportament.

Este interesant de amintit în contextul discuţiei despre semnificaţia de mijloc comunicare pe care o are agresivitatea în mediul familial întrucît această agresivitate de obicei nu se manifestă, în aceste faze ale evoluţiei cuplului, asupra tuturor membrilor familiei.Ea se manifestă, în general, ori numai asupra copiilor, ori numai asupra soţiei.Acest aspect creşte semnificaţia de „formă de comunicare" pe care o acordăm acestui comportament.

Existenţa acestui mod de comportament constituie însă un factor stresant prin el însuşi, deci se poate trece de la agresivitatea-simptom al unui stress oarecare la agresivitatea- cauză a conjugopatiei, moment în care se schimbă echilibrul format anterior. In aceste situaţii se ajunge şi la depăşirea gradului de violenţă aceeptat ceea ce duce la deteriorarea rapidă a relaţiilor familiale şi la socializarea conflictului.

Unele observaţii anterioare ne permit să apreciem că efecte lezionale majore asupra victimelor sînt produse atunci cînd există o deteriorare marcată a personalităţii prin diferite mecanisme: prin consumul de alcool - căruia deasemeni i se poate lua în consideraţie semnificaţia de mesaj - sau din alte cauze, deci la personalităţi care au pierdut o semnificaţie a valorilor.Luînd în consideraţie opiniile care consideră foarte crescut numărul de manifestări discomportamentale de acest tip, procentajul de cazuri socializate este foarte redus.Acesta poate fi considerat un argument al valorii crescute pe care o au relaţiile familiale pentru orice individ.In sprijinul acestei opinii aducem şi rezultatele unui studiu (7) care a relevat pe 500 de internări consecutive într-un pavilion de admisie, numai în 12% din cazuri manifestări agresive în madiul familial.Majoritatea pacienţilor

prezenta o patologie majoră, cei cu stări nevrotice, tulburări de personalitate reprezentînd un procentaj redus.Alte studii relevă deasemeni implicarea unei patologii majore a agresorilor în cazul matricidului, paricidului sau infanticidului (14,12,9), susţinînd astfel ipoteza menţinerii climatului familial ca punct de sprijin major.

Nu omitem în analiza noastră creşterea incidenţei „sindromului bărbatului bătut".Rolul de agresor al femeii este considerat ca avînd în general un caracter reactiv la manifestările partenerului.Putem însă considera deasemeni această hetero-agresivitate ca fiind numai o formă de comunicare: în condiţiile în care femeia respectivă nu a găsit alte metode de convingere,ea încearcă să „comunice" exact în limbajul partenerului.Sigur,pot fi găsite şi alte explicaţii ale acestei creşteri a incidenţei sindromului respectiv, dar una dintre ele şi cea sugerată anterior.

„ Homeostazia interrelatiei disfuncţionale"

Menţionăm anterior existenţa unor neclarităţi privind constituirea unui cuplu,deşi există anterior acestui moment sau imediat după aceasta elemente care ar releva prezenţa unor elemente cu perturbator.Am prezentat o explicaţie pe care o considerăm satisfăcătoare pentru momentul de faţă.Au existat şi există şi alte teorii.Unele considerau că aceasta se datoreşte unei structuri particulare de tip sado-masochist a femeii respective. Alte teorii iau în consideraţie existenţa unui aspect integrativ, complementar, a particularităţilor personalităţilor celor doi parteneri.Sînt relevante pentru această opinie o serie de studii care au fost efectuate în familiile unor pacienţi cu diverse stări psihice cum ar fi agorafobia sau durerea psihogenă cronică. Unii autori au semnalat că mulţi soţi ai unor paciente cu agorafobie dezvoltări depresive în momentul în care starea sănătăţii acestora se îmbunătăţea, ceea ce inducea o recădere a bolii (6). Un alt studiu ia în consideraţie o dependenţă a unei paciente fobice faţă de partener(1); acesta, deşi ar avea şi el probleme de personalitate, se simte fortificat de această dependenţă.Altă serie de studii relevă o capacitate de protecţie pe care o exercită pacientul fobic asupra partenerului sănătos,în special în cazul în care acesta era foarte gelos(8).Ipoteza aceasta era susţinută şi de găsirea unor scoruri maritale pozitive în cazul acestor cupluri.

Referitor la durerea psihogenă cronică, un studiu prezintă unele opinii care consideră că un mediu familial suportiv duce la persistenţa simptomatologiei, în timp ce un mediu familial stressant duce la o ameliorare a acuzelor. In ciuda dificultăţilor maritale, se pare că aceste paciente au un indice de nupţialitate mai crescut decît alte categorii de bolnave (4).

Un alt studiu (lo) a investigat percepţia mutuală a trăsăturilor de personalitate în mariajele alcoolicilor,găsind existenţa unei relaţii interpersonale între alcoolic şi soţia sa, caracterizată prin nevoia unui conflict de „interdependenţă - dependenţă".In aceste condiţii, deşi această parteneră nu este responsabilă pentru alcoolismul soţului, ajută la perpetuarea acestui comportament.

Această integrare complexă a celor doi parteneri, o interdependenţă funcţională strînsă, se încadrează în ceea ce a fost denumit ca „sick role homeostasis" (6).

Concluzii:

Datele semnalate susţin posibilitatea existenţei unor mariaje satisfăcătoare din punctul de vedere al partenerilor - fapt ce pare a fi stabilit şi prin rezultatele investigării stării de bine conjugal în condiţii care luate însă separat ar părea intens perturbatoare. Modalităţile de comunicare între parteneri sînt multiple, cea verbală, deşi foarte importantă, fiind numai una dintre acestea.Agresivitatea, în primă fază, poate avea deasemeni o semnificaţie de mijloc de semnalizare, de comunicare, atrăgînd intensificarea abilităţii de protecţie din partea celuilalt partener.Importanţa acestor constatări se referă la modalităţile de abordare ale unor situaţii deviante care apar în familiile disfuncţionale, fiind necesară o proiecţie de identificare a semnificaţiilor privind tulburările apărute.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Agulnik, L.Peter: The Spouse of the Phobic Patient,Brit.J. Psychiat.,1970,117,59-67

2. Brugha,S.Traolach: Human ethology,Current Opinion in psychiatry,1991,4,313-319

3. Doane, A.Jeri: Family Interaction and Communication Deviance in Disturbed and Normal Families:A Review of Research,Fam.Proc.1978,17,357-376.

4. Hughes, A.M.,Medley I., Turner,G.N.,Bond M.R.: Psychogenic pain: A study of marital adjustment,Acta Psychiat. Scand.,1987,75, 166-170
5. Krech D.,Cruthfield R.S.,Livson N.Y in „Elements of Psychiatry", Alfred A.Knope inc.,1974.
6. Lange A.,van Dyck R.: The function of agoraphobia in the marital relationship,Acta Psychiat.Scand.,1992,85, 89-93.
7. Lăudat M.T.,Postelnicu C., Chira D.,Hrimiuc V.: Observaţii clinico-statistice asupra manifestărilor de agresivitate intrafamilială la 500 de pacienţi internaţi într-o secţie de psihiatrie pentru bolnavi psihici acuţi, în „Patologia Agresivităţii Intrafamiliale", T.Pirozynski (sub red.)Iaşi, 1991.
8. Oatley K.,Hodgson D.: Influence of Husbands on the Outcome of their Aghoraphobic Wives Therapy,Brit.J.Psychiat. 1980,380-386
9. d'Orban P.T.,O'Connor A: Women who Kill their Parents,Brit. J.Psychiat.,1989,154,27-33
10. Ovenstone,M.K. Irene:The Development of Neurosis in the Wives of Neurotic Men,Part II:Marital Role Functions and Marital Tensions,Brit.J.Psychiat.,1973,122, 711-717.
11. Pirozynski T.: Situaţii dificile - de la frustraţii la agresivitate,în Patologia Agresivităţii Intrafamiliale, T.Pirozynski (sub red.),Iaşi,1991.
12. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.:Introducere în Psihopatologia Relaţională,Iaşi,1989
13. Rund,Rishovd,Bjorn: Communication Deviances in Parents of Schizophrenics,Fam Proc.,1986,25,133-147
14. Singhal S.,Dutta A.: Who commits paricide?,Acta Psychiat. Scand.,1990,82,40-43.
15. Tarrier Nicholas: Familial factors in psychiatry,Current Opinion in Psychiatry,1991,4,320-323
16. Winkler Iris,Doherty J.,William: Communication Styles and Marital Satisfaction in Israeli and American Couples,Fam.Proc.1983,22,221-228.

Cuvinte cheie: disfuncţionalitate familială, comunicare, homeostazia interelaţiei familiale

AUTISMUL INFANTIL: ASPECTE BIOCLINICE SI DE ASISTENTA

C.BARABOISCHI, MARIA COSMOVICI, RODICA CANTORIU,
ROMANESCU C.

Tematică introductivă

Autismul precoce, expresie nosografică încă insuficient conturată, constituie un capitol de actualitate al manifestărilor particulare vîrstei copilăriei. Unitatea sindromului a fost deseori contestată, începînd încă de la primele încercări de identificare şi sistematizare clinică (3) dar, în prezent elementele definitorii - realizate global, sau numai parţial - au elarifiest conţinutul acestui capitol relativ nou, al psihiatriei.

După opinia lui Ajuriaguera (1) aceste repere sînt: tulburările obiectuale desaferente precoce, deteriorarea determinată de supraînvestirea protectoare maternală şi regresia psihică de tip encefalopatic cu disoluţie primelor relaţii de contact cu realitatea.

In ultimii ani, tabloul iniţial, cunoscut ca „sindrom Kanner" este determinat de binomul precocitate-psihoză (13). Eliminînd, prin diagnostic diferenţial, multiplele tablouri semiologice interferente, binomul pare suficient pentru formularea mai concretă a autismului copilului. Această interpretare, aparent simplificatoare, oferă o posibilitate diagnostică neechivocă, fiind concretă, clară şi, în genere, suficient de utilă raţionamentului clinic. După opinia noastră, operînd cu aceste criterii, prin asistenţa medicală se poate stabili cadrul de observaţie şi este posibilă abordarea terapeutică, medicamentoasă şi, în special, de recuperare psihologică (10,12).

In evoluţia cunoaşterii sindromului au apărut, ca factori semnificativi (3) constatarea importanţei sexului copilului, băieţii deţinînd, în funcţie de autori, trei cincimi din totalitatea îmbolnăvirilor ca şi a mediului de proveniență, cazurile provenind din familii organizate, pe criterii rurale fiind excepţionale (2,6).

In investigaţiile noastre intenţionăm să schiţăm interrelaţiile biostatistice ale autismului.

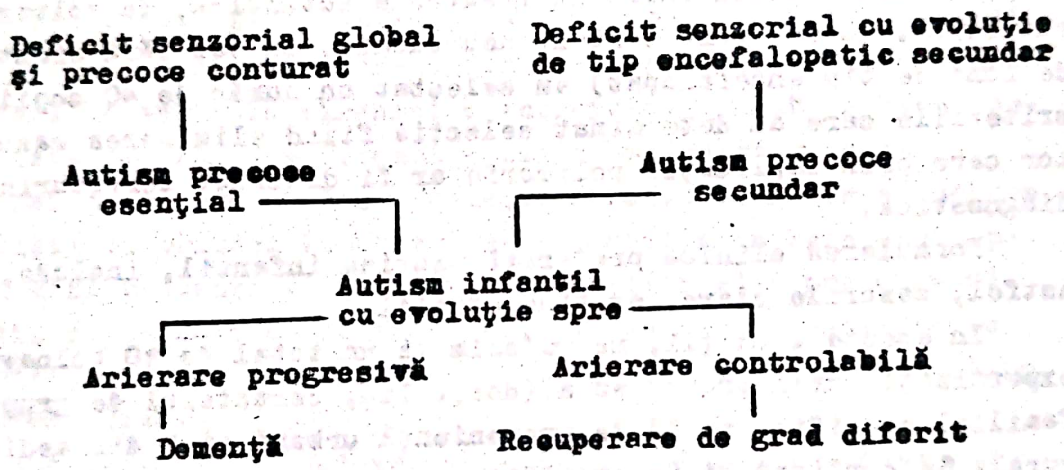
Vom lăsa deci, în afara discuţiei, capitole foarte consistente, dar contradictorii, privind etiologia şi sursele lor biomezologice, implicate dominant şi desigur în multe din situa-

ţiile de conduită şi asistenţă. Rămîn diferite şi încă misterioasele expresii clinice ca şi sublinierile asupra aspectelor biopatografice ale unui sindrom care, prin gravitate şi extindere, ca şi prin metodologia recuperării, constituie din ce în ce mai mult o problemă de natură antropofamilială.

Este inevitabil, totuşi, sublinierea unor premize fără de care optima de comprehensiune a sindromului autist nu poate fi raportată la parametrii pe care ne-am axat.

Propunem această schemă - de mare sinteză - dar, totodată, de referinţă în considerarea complexă, interrelaţională, a sindromului (1,14).

AUTISM INFANTIL



Orientare metodică

Lucrarea noastră prezintă activitatea selectivă din ultimii 17 ani (1976-1992) în cadrul unei secţii de pedopsihiatrie cu profil specializat - (L.S.M.Iaşi) exrinsă pe un teritoriu aferent, cu preponderenţă municipiului şi judeţului Iaşi, dar şi a unor judeţe vecine, lipsite încă de unităţi de acest tip. Ea a fost asigurată de o echipă (medici, psihologi, colaborări cu specialităţi complexe: pediatrie, neurologie, oftalmologie, O.R.L.) susţinute de explorări multifactoriale şi aflîndu-se permanent în legătură cu secţia de specialitate din cadrul Spitalului Socola Iaşi. S-a asigurat în toate cazurile diagnosticul, tratamentul, dispensarizarea (copil şi familie) şi, în sinteză, elaborarea unei activităţi de statistică psihiatrică indispensabilă cunoaşterii caracterului şi evoluţiei morbidităţii psihiatrice.

In acest cadru, din totalitatea numerică a cazuisticii, am selectat, în lucrarea noastră, autismul infantil, considerat atît ca entitate clinică (observaţii, investigaţii, tratament) cît şi ca expresie biostatistică.

Pe baza fondului cazuistic ne referim la:

a.- o considerare critică a unor date esenţiale legate de subiect.

b.- o schiţă de programe, rezultînd din aceste date şi, desigur, din evaluarea problemei la nivelul sintetic permis de experienţa practică la care am ajuns pînă în prezent.

Aspecte şi particularităţi clinice comentate

Dintr-un total de 67 cazuri aflate în evidenţa noastră ca prezentînd autism infantil (regresie autistică, dezvoltare autistică, cu sau fără context neurologic, cu sau fără afectare de fond de tip encefalopat) am selectat un număr de 40 copii, criteriile care au determinat selecţia fiind eliminarea cazurilor care prin implicaţii polimorfe ar fi diminuat certiturinea diagnostică.

Formularea clinică preferată, autism infantil, include, astfel, cazurile clare, evitînd atipiile.

In aceste condiţii, ne referim la un total de 40 bolnavi expertizaţi, prin provenienţă (domiciliu, caracterul de grup familial specific) în 38 de provenienţă urbană şi 2 din mediul rural. Se confirmă şi în statistica noastră, factorul majoritar urban - cu familie de tip urban - (cu tot ceea ce implică această formulă de familie) observaţie în concordanţă cu marea majoritate a autorilor. Această observaţie este în consens cu situaţia unei societăţi direct comparabile cu cea a noastră din anii 76-92 (Leski-Bulgaria 5, Haroath - Ungaria 6, Vlasov - Ucraina 4) îndepărtîndu-se, relativ de autorii occidentali (8,9) diferenţiere legată, desigur, de particularităţile structurilor psiho şi socio-culturale (cu o zonă rurală aproape identică zonelor urbane).

Majoritatea bolnavilor se situiază între 4 şi 16 ani. Numai trei copii sub trei ani au fost incluşi în cazuistica noastră, fapt în concordanţă cu datele despre debut devenite clasice. Este de remarcat, însă, că această situaţie diferă de datele raportate de literatura occidentală, lucru deosebit de important, în ce ne priveşte, el reflectînd atît o deficienţă pedia-

trică (pediatrii sînt înclinaţi să includă aceşti copii printre encefalopaţi) cît, totodată, o frapantă lipsă de instruire familială. Lessigang (4,15) insistă asupra necesităţii depistării handicapului precoce, care este fie neobservat, fie greşit interpretat.

Relativ la cazurile abordate la vîrsta de 8 şi peste 8 ani, aici nuanţările sînt necesare, lăsînd deschisă problema schizofreniei infantile - nu atît de excepţională pe cît se consideră - care se conturează în alte modalităţi decît autismul tipic.

In ce priveşte reperul calendaristic (1976-1992) o uşoară diferenţiere (cîte 4 cazuri) se observă în perioada 1982-1983, ea crescînd ceva mai semnificativ după 1986, ajungînd în 1988 la 8 cazuri. Dispersia este puţin relevantă, fiind determinată probabil de evoluţia firească a activităţii L.S.M. a cărui publicitate s-a făcut - firesţe - resimţită relativ lent.

Mai pregnante au fost relaţiile referitoare la structura familiei: 33 bolnavi locuiesc într-o familie în care ambii părinţi sînt prezenţi (deşi aici variantele realei prezenţe şi funcţiilor asumate de fiecare părinte, în parte, este foarte diferită). Numai trei copii autişti au doar mamă. Nici unul nu are numai tată.

Aceste situaţii readuc în discuţie patogeneza ipotetică (mamă hiperprotectoare, tatăl reactiv consecutiv atitudinii soţiei fiind starea cea mai obişnuită). Lebovici, Dialkin şi alţii (4) au consemnat), în sensul nostru, aceste fapte care exprimă nu lipsa familiei ci o anume tipologie a structurii familiei copilului autist.

Un indice şi el elocvent este corelat de procesul instructional în care este înserat copilul autist. Din 40 bolnavi 8 urmează - dintr-o comoditate procedurală, credem noi - o şcoală ajutătoare; 5 copii se află plasaţi într-un cămin spital - situaţie nu întrutotul recomandabilă; numai 5 copii urmează şcoala de masă.

O analiză sumară a acestui plasament al copiilor autişti denotă deci, o rezolvare de provizorat, determinată de posibilităţi şi nu de respectare a unor criterii ştiinţifice.Rezultă, după opinia noastră, lipsa, practic, a unor instituţii corespunzătoare, foarte complexe,şi, în consecinţă greu de realizat.

Posibilităţile instruirii unor copii atît de dificili, sînt încă departe de a fi realizabile, dar un potenţial de recuperare latentă trebuie luat în considerare.

Legată de această capacitate este stabilirea atentă a nivelului intelectual iniţial.Din totalul de 40 de copii, 11 cazuri au un deficit de limită sau uşor, în 19 un deficit moderat. Insumate, cifrele exprimă 50% latenţe sau chiar reale posibilităţi recuperatorii. Si aceste repere sînt în concordanţă cu datele clasice (2,3).

Aceleaşi observaţii sînt confirmate de studiul calităţii genetice a părinţilor (genitorilor).Sfatul genetic s-a efectuat la toţi copiii, formulîndu-se prognoze diferenţiate în toate familiile, remarcîndu-se cu această ocazie, ataşamentul excesiv al părinţilor (în special al mamei) faţă de copilul bolnav care este considerat ca fiind periclitat de un viitor frate.Din 40 copii analizaţi nici unul nu a prezentat o tară specifică.De remarcat că, în comparaţie cu zestrea ereditară a schizofrenilor - relativ încărcată, după datele clasice (2,8).

Aici menţionăm şi nivelul intelectual şi de pregătire al părinţilor.Astfel din totalul de 40 copii, în 15 cupluri părinţii sînt intelectuali, cu studii universitare, în 7 cazuri avînd o instrucţie medie şi în 4 cazuri o instrucţie tehnică post liceală, de specialitate. Numai o singură familie nu avea instruire superioară şcolii elementare.

Cu totul nesemnificativ au fost relaţiile cu boli neurologice asociate (un copil autist din lotul nostru prezintă o paralizie neurologică).Nici un copil nu a prezentat deficienţe senzoriale, cu excepţia unor uşoare tulburări de percepţie vizuală (3 cazuri), indice care nu se îndepărtează de la media de care ne confruntăm în practica pedopsihică generală (3).

Este relativ greu de explicat frecvenţa relativă a epilepsiei în lotul de bolnavi pe care îi analizăm astfel 10 copii prezintă epilepsie majoră (G.M. şi 2 copii erize polimorfe. In acest cadru se ridică, desigur, problema asocierii cu epilepsie - enunţată şi de (2) Postner, care, pe bună dreptate se întreabă dacă un autist epileptic constituie un caz de autism autentic, dacă nu reprezintă o evoluţie de tip autistic al unei epilepsii. Această remarcă se corelează şi cu alura evoluţiei crizelor care, în 6 din cazurile noastre s-a dovedit rezistente la tratament, în 2 cazuri chiar agravîndu-se, fapte pe care nu ştim să

le interpretăm - suspiciunea unei evoluţii schizoforme în epilepsie neputînd fi infirmată.

Acţiunea de terapie întreprinsă în L.S.M. Iaşi în cazul lotului de copii autişti, constituie şi ea sursa unor supoziţii. Toţi copiii au primit tratament complex - deseori cu caracter mixt. 31 copii au fost trataţi (medicamentos şi de recuperare psihică) în cadrul L.S.M, 38 din ei fiind urmăriţi în mod permanent la domiciliu, 14 din autişti necesitînd şi spitalizări intermitente.

Frecvenţa cu care au revenit la L.S.M. a fost inconstantă. Numai un copil s-a prezentat regulat,zilnic, la program, 4 doar săptămînal, 20 doar lunar, 15 la intervale mai mari de o lună.

In aceste condiţii - prezentaţi oarecum neregulat - 36 copii aduşi de mamă, 16 de tată, 4 de alte persoane), o schemă corespunzătoare unui program sistematic a fost practic nerealizată: 39 copii au primit, ca adjuvant, o medicaţie neuroleptică; 15 din ei au fost încadraţi într-o terapie de recuperare psihică; 40 în terapie logopedică; 29 în terapie ocupaţională; 39 în programe educaţionale speciale (tip Portage).

Din această dispersiune rezultă o oarecare incoerenţă terapeutică legată de multipli factori din care, în primul rînd au fost legaţi de greutăţile de transport.

Această terapie a fost mult şi nefavorabil influenţată de starea de sănătate somatică, precară (35 copii din 40 autişti prezintă o stare de nutriţie nesatisfăcătoare).De altfel, un factor asupra căruia va fi necesar să insistăm într-un studiu viitor este tocmai ameliorarea relaţiei funcţionale cu pediatrul.

Fără a insista asupra aspectelor cazuistice, considerate analitic - este elocvent, în opinia noastră, să realizăm un tablou mai sistematizat ce constituie o prezentare a materialului expus - pe care îl prezentăm în rezumatul de mai jos:

După schema propusă de Achenbach (4) cazuistica noastră se exprimă în felul următor:

1. Imaturitate comportamentală: acţiuni copilăreşti pentru vîrsta lui	40
2. Nu îşi poate concentra atenţia pentru mult timp	40
3. Nu stă locului: neastîmpărat,hiperactiv	30
4. Prea dependent faţă de adulţi	40
5. Tipă,scoate ţipete mereu	22

6. Crud cu animalele, cu alţi copii	3
7. Dificultăţi de contact, cooperare şi comunicare	38
8. Se autoloveşte, automutilează, se dă cu capul de pereţi	7
9. Cere să i se acorde atenţie multă	32
10. Distruge lucrurile sale şi ale altora	21
11. Nesesultător, nu execută, refuză să execute ordinele altora	37
12. Izolat, nu se joacă cu alţi copii	37
13. Mănîncă sau bea lucruri necomestibile	10
14. Particularităţi de tip autist ale limbajului	38
15. Este pisălog,agasant	36
16. Impulsiv, acţionează fără să se gîndească	24
17. Minte	8
18. Ticuri,mişcări nervoase,spasm	38
19. Preferinţe pentru rutină şi ritualuri	39
20. Deficit motivaţional major	40
21. Se joacă cu sexul	11
22. Invîrteşte obiecte	37
23. Stîngaci,neîndemînatic	40
24. Refuză să vorbească,mutism	31
25. Stereotipii,repetă la nesfîrşit aceleaşi gesturi	37
26. Fuge de acasă	7
27. Se joacă cu şiretul	33
28. Crize de furie	36
29. Incomprezis	10
30. Fură obiecte	5
31. Strînge lucruri de care nu are nevoie	38
32. Comportament ciudat	37
33. Vorbeşte prea mult	16
34. Face pipi pe el noaptea sau ziua: se coteză după vîrsta de 5 ani	22
35. Retras	30
36. Neliniştit,îngrijorat	30
37. Plînge uşor,adesea	30
38. Irascibil,ţipă,nervos,sensibil	35
39. Devine uşor gelos	34
40. Frică de animale, de situaţii, de locuri	35
41. Frică de întuneric, nu stă singur în easă	40
42. Stare de veselie exagerată, continuă	24

Scanned with OKEN Scanner

43. Platitudine afectivă,ataşament faţă de obiecte 39
44. Plînge sau rîde fără motiv 36
45. Vise urîte, coşmaruri 28
46. Indiferent, nu-l interesează alte persoane 39
47. Se simte epuizat, obosit 21
48. Doarme puţin, doarme greu 25
49. Încăpăţînat,ursuz 400
50. Labilschimbări dese în felul de a fi sau a simţi 38
51. Supărat mereu, neliniştit 31
52. Suspicios,neîncrezător în cei din jur 36
53. Frică de oameni 32

I.Recomandări, în spiritul aceleiaşi metodologii s-e acţionat cupă cum urmează:

1. Dezvoltarea vorbirii 39
2. Corectarea vorbirii 22
3. Învăţarea de noi comportamente 40

II.Reducerea comportamentelor problemă.

1. Instruirea părinţilor 40
2. Psihoterapia părinţilor 40
3. Psihoterapia de joc 39
4. Tehnici de relaxare 40
5. Terapie cognitivă 40
6. Reeducare neuromotorie, coordonarea mişc3/rilor 21

III.Recomandările au vizat:

1. Socializare 40
2. Orientare şcolară,grădiniţe speciale 28
3. Introducere în programe educaţionale instituţionalizate 35
4. Medicaţie 39

IV.Evoluţia consemnată

1. Staţionar 15
2. Agravat 19
3. Decedat 1
4. Vindecat 0
5. Schimbat diagnosticul iniţial 8
6. Ameliorat 6

Intelect final	
1. staţionar	14
2. ameliorat	6
3. agravat	20

Opţiuni de asistenţă şi orientare

Fără a putea elabora un proiect de program cuprinzător, din experienţa noastră cu itemurile menţionate mai sus, tentăm totuşi o sinteză orientativă asupra următoarelor aspecte:

1. Experienţa L.S.M.Iaşi privind copilul autist confirmă, în spiritul majorităţii autorilor, necesitatea unei activităţi coordonate, concentrate pe criterii ştiinţifice privind identificarea cazurilor cu potenţial recuperator şi o profilare atentă a fiecărui caz în parte, în relaţie cu posibilităţile şi particularităţile specifice familiei de proveniență şi profilul individual al fiecărui bolnav.

2. Preconizăm necesitatea instituţionalizării (de zi) a acestor copii, timp în care metodologia complexă, medico-biologică să fie aplicată adecvat fiecărui caz în parte. In vederea acestei acţiuni se impune inserarea unor criterii definite în legislaţia de protecţie şi asistare a minorilor.

3. Studierea organizării unor micro-grupuri de instrucţie şcolară şi terapie (4-5 copii) cu frecvenţă permanentă în mod disciplinat, prin programe studiate şi aplicate corespunzător cazului.

4. Organizarea unor micro-grupuri de educare specifică autiştilor, cu participarea părinţilor şi educarea de tip - şcoala părinţilor.

5. Orientarea pacienţilor de la caz la caz, la instituţii a căror apariţie se impune. Este unica posibilitate de terapie eficientă mergînd pînă la gradul maxim posibil de recuperare psihiatrică.

6. Microgrupuri de resocializare (dans, desen, muzică, club de pregătire a lecţiilor).

7. Testarea competentă, repetat întreprinsă, a posibilităţilor de orientare profesională a autiştilor.

PSIHOSINDROMUL ALGOPATIC.INTERFERENTE PSIHO-NEURO-FIZIOPATOLOGICE

V.CHIRITA

Consideraţii generale introductive. Evaluarea clinică a sindroamelor algopatice relevă complexitatea proceselor psihopatologice în corelaţie somato-psihică şi ample variaţii ale formelor de manifestare în raport de trăsăturile de personalitate şi reflectarea în sfera afectiv-volitivă. Prin cele două componente ale sale, senzaţia reală, independentă şi distinctă şi reacţia individuală la durere, sindromul algopatic este influenţat de vîrstă,sex, natura şi intensitatea stimulului algogen, structura de personalitate, tipul de sistem nervos şi starea psihică. Pe lîngă rolul de protejare al ţesuturilor, de intensificare a activităţii sistemului nervos vegetativ şi creşterea reflexă a tonusului muscular, durerea induce importante modificări psihice relevate prin nelinişte anxioasă,labilitate afectiv-emoţională, iritabilitate, disforie, tulburări hipnovegetative.

Corelaţii fiziopatologice şi neuroanatomice. Senzaţia dureroasă se produce prin acţiunea nocivă a unor agenţi fizicobiologici sau prin tulburări ale funcţionalităţii organelor interne care influenţează receptori specifici şi declanşează impulsuri nociceptive transmise pe căi ascendente nespecifice şi specifice la centrii nervoşi superiori. Recepţia durerii este dependentă de stimulii algogeni, pragul percepţiei dureroase, algoreceptorii (nociceptori) mecanici şi polimodali. Durerea profundă şi viscerală realizează o proiecţie cutanată în aria inervată de aceleaşi segmente medulare. Mecanismele periferice transductoare se realizează prin excitarea terminaţiilor aferente algogene direct de către stimulii nociceptivi şi prin acţiunea unor substanţe chimice ca histamine, kinina, K^+,5HT, Ac Ch,ATP eliberate prin lezarea sau distrucţia celulară.

Modularea activităţii receptorilor se realizează atît printr-un control nervos direct, cît şi prin mecanisme umorale influenţate de adrenalină şi noradrenalină. Se presupune astfel existenţa unui control central asupra recepţiei periferice,inclusiv asupra terminaţiilor dureroase printr-un mecanism de feedback central pentru receptorii cutanaţi. Căile algoconductoare periferice (extranevraxiale) şi centrale (intranevraxiale) transmit impulsurile nociceptive prin intermediul neuronilor

intercalari multimodali, menţinînd modelul excitaţiei primite. Aceasta poate fi influenţată prin acţiunea facilitatorie sau inhibitorie a sistemelor centrale descendente (1,3,13,17).

Talamusul reprezintă un important centru de integrare al durerii, asupra căruia se exercită diverse influenţe inhibitorii, prin intermediul sistemelor descendente de origine corticală. In cursul medierii intranevraxiale, recepţia dureroasă primară este modificată cantitativ şi calitativ prin componente nespecifice (formaţiunea reticulată) şi prin nuanţare afectivă la nivel talamic. Impulsurile aferente ale acestei senzaţii primare, mediate de nucleii talamici de asociaţie cu proiecţie corticală prefrontală integrează componentele şi dimensiunile care transformă senzaţia în fenomen conştient şi individual. Caracteristicile reactive emoţionale ale senzaţiilor dureroase sînt conferite la nivelul sistemului limbic, iar realizarea răspunsurilor individualizate la durere sînt realizate cu participarea scoarţei cerebrale. Conexiunile ariilor corticale cu sistemul vegetativ explică reacţiile vegetative care acompaniază senzaţiile dureroase (2,18).

In ceea ce priveşte sediul şi mecanismele de integrare ale senzaţiilor dureroase la nivel cortical persistă o serie de aspecte neelucidate. Dacă unii autori neagă proiecţia corticală a durerii, o serie de date experimentale argumentează rolul scoarţei cerebrale în percepţia algopatică, furnizînd informaţii asupra excitaţiei dureroase în sensul în care Leriche consideră durerea ca interpretarea cerebrală a unei excitaţii periferice (2,17).

<u>Modelul actual de abordare a durerii</u> evidenţiază complexitatea durerii şi a percepţiei dureroase sub raportul dimensiunilor senzorio-discriminatorii, afectiv-emoţionale, cognitive şi psihocomportamentale. Acest model permite evitarea dihotomiei clasice între durerea organică şi durerea psihogenă, între durerea reală şi durerea imaginară. Raportarea la interacţiunea factorilor individuali, ambientali, familiali şi socio-culturali relevă caracterul complex al fenomenelor dureroase, lărgind cadrul de abordare şi interpretare al mecanismelor neuro- şi fiziopatologice.

Asociaţia internaţională pentru studiul durerii (IASP) defineşte durerea ca o „experienţă senzorială şi emoţională dezagreabilă, asociată unei leziuni tisulare prezente sau potenţiale",

subliniindu-se astfel complexitatea diverselor sale dimensiuni şi componente în plan somatic şi psihic. Această definiţie se apropie de concepţia lui Merskey (1964) care nu abordează durerea numai din punctul de vedere al etiologiei nociceptive, ci o consideră ca o „experienţă trăită" (9). Identificarea diverselor componente în procesualitatea durerii permite trecerea de la o estimare unilaterală senzorială către o evaluare psihocomportamentală. Disensiunea senzorio-discriminatorie a durerii se referă la mecanismele neurofiziologice ale somesteziei,decodarea calităţii, duratei, intensităţii şi localizării influxurilor nociceptive. Dimensiunea afectiv-emoţională exprimă conotaţiile aversive ale durerii care se pot prelungi în stări afectiv diferenţiate ca anxietatea şi depresia.Componenta cognitivă se referă la diversele procese psihice susceptibile de a influenţa percepţia dureroasă ca atenţia, experienţele anterioare, semnificaţia şi valoarea atribuită durerii. In plan psihocomportamental, fenomenele dureroase includ manifestările motorii, verbale şi neurofiziologice (tulburări hipno-vegetative, scăderea sau pierderea apetitului,scăderea ponderală).

Corelaţiile complexe în generarea şi evoluţia sindroamelor algopatice decurg din integrarea factorilor individuali,familiali, ambiantali, relaţionali şi socio-culturali. O importantă distincţie în evaluarea durerii se referă la caracteristicile durerilor acute şi cronice. Durerea care evoluează de peste 6 luni este considerată durere cronică.Desigur că această limită este arbitrară, dar poate servi pentru o abordare terapeutică diferenţiată.

Durerea acută exercită rolul unui semnal de alarmă, de pericol pentru organism, fiind cauzată cel mai frecvent prin procese lezionale şi stimuli nociceptivi care antrenează mecanisme reflexe neuro-musculare şi/sau vegetative.

Durerea cronică, deşi poate avea ca origine o leziune organică, nu poate fi explicată numai prin acţiunea unor factori de agresiune somatică. Ea nu este numai un simptom, ci o entitate determinată printr-un ansamblu de factori neurofiziologici, afectivi şi psihologici (19). In această situaţie, depresia reprezintă o componentă afectivă considerată ca un factor esenţial al prelungirii acuzelor dureroase.

Relaţia între durerea cronică şi depresia este astfel frecvent incriminată, permiţînd înţelegerea modelului actual

al durerii de o manieră diferenţiată de aspectele nociceptive.

In patologia somatică există numeroase situaţii în care o boală cronică acompaniată de durere generează o simptomatologie depresivă. Este suficient să amintim aici bolile neurologice, bolile cronice dureroase ca afecţiunile reumatologice, bolile de sistem, neoplaziile, intervenţiile chirurgicale, tuberculoza sau SIDA. Deasemenea şi o serie de medicamente ontologice sau anticanceroase pot induce o simptomatologie depresivă. Xilocaina, Indometacina, Cicloserina, Vinblastina, Vincristina.

Frecvenţa asocierii durere-depresie este diferit apreciată în datele din literatura de specialitate. Ea variază între 10% şi 83% în raport de populaţia studiată, criteriile de diagnostic şi metodele de evaluare ale intensităţii simptomatologiei depresive (4,14). Aplicarea unor scale, teste şi inventare de personalitate la pacienţi cu dureri cronice relevă două aspecte semnificative:

- atunci cînd durerea evoluează de mai puţin de 6 luni, profilul de personalitate este în limite normale;
- atunci cînd durerea evoluează de mai mult de 8 luni, se constată scoruri crescute în scalele de depresie, hipocondrie, anxietate şi isterie.

In ceea ce priveşte cronologia şi diacronia fenomenelor dureroase şi a tulburărilor depresive s-a putut constata că în aproximativ 50% din cazuri depresia este concomitentă cu durerea, iar în aproximativ 40% din cazuri, depresia este secundară durerii. Studii efectuate asupra pacienţilor depresivi semnalează că aproximativ 38%-53% din pacienţii internaţi într-un spital de psihiatrie prezintă acuze dureroase diverse şi polimorfe (9).

<u>Eficienţa medicaţiei antidepresive în tratamentul durerii</u> confirmă relaţia clinică durere-depresie.

Proprietăţile analgezice ale antidepresivelor au fost semnalate încă din anul 1969 (12). Acestea sînt susţinute prin studii ulterioare care demonstrează statistic prescrierea substanţelor antidepresive în proporţie de 56% pentru stări depresive, 30% pentru stări dureroase şi 16% pentru alte situaţii clinice (6,20).

Numeroase studii clinice au evidenţiat eficienţa analgezică a medicaţiei antidepresive, apreciindu-se însă că mecanismul

de acţiune nu este univoc. Deşi se consideră că efectul antidepresivelor asupra durerii este secundar ameliorării timice, o serie de argumente clinice şi experimentale pledează pentru proprietăţi analgezice independente de efectul timonaleptic. Acestea se referă la precocitatea efectului analgezic comparativ cu efectul antidepresiv (21); eficacitatea antidepresivelor la subiecţi normotimici cu diverse sindroame algopatice (22); acţiunea antidepresivelor în durerile produse experimental la om şi animale, care evidenţiază creşterea pragului reflexului nociceptiv de flexie după administrarea unui antidepresiv serotoninergic, precum şi acţiunea analgezică a Imipraminei comparabilă cu acţiunea opiaceelor în durerile experimentale la subiecţi sănătoşi (5).

Trecerea în revistă a proprietăţilor antalgice ale antidepresivelor subliniază faptul că acestea nu se pot reduce numai la efectul timoanaleptic, de normalizare a dispoziţiei. Explicaţia proprietăţilor analgezice ale substanţelor antidepresive este conferită de efectul acestora asupra sistemelor serotoninergice, considerîndu-se că serotonina intervine în analgezia morfinică (10).

Date clinice. Rezultatele unor cercetări efectuate în clinica de psihiatrie privind medicaţia antidepresivă (Imipramină, Amitriptilină, Mianserină, Maprotilină) în stările depresive confirmă şi susţin eficienţa asupra sindroamelor algopatice în diferitele lor forme de manifestare, localizare şi interrelaţie cu simptomatologia depresivă (7,8,15,16).

Obiectivarea ameliorării acuzelor dureroase este realizată prin aplicarea Scalei Hamilton pentru depresie în varianta 21 de itemi (11) care reflectă simptomele ţintă ale stărilor depresive. Investigarea în dinamică, în ziua 0-7-14 şi 21, permite surprinderea intensităţii simptomatologiei depresive şi grevajului psihopatologic, precum şi obiectivarea evoluţiei itemilor psihopatologici sub acţiunea tratamentului antidepresiv.

In configuraţia scalei itemii 4,5,6 (diferitele forme de insomnie), 11 (anxietatea somatică), 12,13 (acuzele dureroase gastro-intestinale şi somatice generale) şi itemul 16 (scăderea ponderală) reflectă manifestările psihocomportamentale ale simptomatologiei algopatice. În studiile efectuate s-a putut constata, prin aplicarea scalei Hamilton în dinamica observaţiei clinice în ziua 0-7-14 şi 21, o ameliorare la a doua examinare din ziua

a 7-a a itemilor 4,5,6,11,12,13 şi 16. Ameliorarea itemilor care reflectă evoluţia simptomatologiei depresive se realizează mai lent, fiind semnificativă la a treia şi a patra examinare din ziua 14 şi 21. Aceste date argumentează eficienţa medicaţiei antidepresive prin influenţarea simptomatologiei algopatice independent de efectul timoanaleptic. Consolidarea rezultatelor obţinute la prima examinare şi menţinerea ameliorării manifestărilor dureroase la examinările ulterioare. In paralel cu ameliorarea simptomatologiei depresive susţin corelaţia clinică depresie-durere, subliniind complexitatea sindromului algopatic în dimensiunile sale somatice şi psihice.

Evaluări concluzive. Complexitatea proceselor fiziopatologice din sindroamele dureroase implică o atentă evaluare, interpretare şi corelare cu variaţiile ample de manifestare în raport de structura personalităţii şi reflectarea în sfera afectiv-volitivă. Senzaţia reală-independentă şi distinctă - şi reacţiile individuale la durere sînt influenţate atît de natură, durata şi intensitatea stimulului, vîrstă,sex, cît şi de personalitate,tipul de sistem nervos şi starea psihică. Pe lîngă rolul de protecţie şi apărare, de intensificare a activităţii sistemului nervos vegetativ cît şi de creştere reflexă a tonusului muscular, durerea induce modificări importante în sfera psihică transpuse în nelinişte şi tensiune anxioasă,disforie, labilitate emoţional-afectivă, distimie iritabilă, tulburări hipno-vegetative. Manifestările complexe din sindroamele dureroase conturează astfel dimensiunile şi componentele senzoriale, discriminatorii,afectiv-emoţionale, cognitive şi volitive în reflectarea psihocomportamentală. Indicaţiile şi eficienţa terapeutică a medicaţiei antidepresive în clinica durerii argumentează relaţia complexă depresie-durere, contribuind astfel la explicarea mecanismelor fiziopatologice în corelaţie somato-psihică. Posibilităţile oferite de evaluările psihometrice standardizate contribuie totodată la obiectivarea tulburărilor somatice şi psihice, a evoluţiei lor sub tratament medicamentos şi psihotropic.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Arseni C., Oprescu I.: Durerea, fiziopatologie clinică şi terapeutică, Edit.Acad.Bucureşti,1967.

15. Pirozynski T., Chiriţă V., Mungiu O.C., Cosmovici N., Boişteanu P.: Consideraţii clinice privind Maprotilina în tratamentul psihiatric.Rev.Med.Chir.Iaşi, 1987,91,2,251-255.

16. Pirozynski T., Chiriţă V.şi col.: Studiu comparativ clinico-terapeutic asupra clorhidratului de amitriptilină (Tryptizol/Amitriptilină).Rev.Med.Chir. Iaşi,1989,93,1,91-102.

17.Procacci P.: A Survey of Modern Concepts of Pain. In Hendbook of Clinical Neurology (Eds.P.Vinken,G.W.Bruyn), North-Holland Publ.Comp.1969.

18. Ruch.T.C.: Fiziopatologia durerii.In Fiziologie medicală şi biofizică (Eds.T.C.Ruch.,J.F.Fulton),Edit. Medicală,Bucureşti,1963.

19. Sternbach R.A.: Pain patients.Traits and treatment.Acad. Press, New York,1974,135.

20. Stimmel G.L., Escobar J.I.: Antidepressant in chronic pain a review of efficacy.Pharmacotherapy,1986,6, 5,262-267.

21. Tiengo M. and col.: Clomipramine compared with pantazocine as a unique treatment in postoperative pain. In J. of Clin.Pharma.Research.1987,7,2,141-143.

22. Ward N.G.: Tricyclic antidepressant for chronic low back pain. Mechanism of action and predictors of respons.Spine,1986,11,7,661-665.

Cuvinte cheie:

Sindrom algopatic

Depresie-durere

ELEMENTE DE PSIHO-NEUROBIOLOGIE SI NEUROCHIMIE IN PATOLOGIA CEREBRALA DEGENERATIVA DEMENTIALA DE TIP ALZHEIMER

LACRAMIOARA FARCASEL

Direcţiile de studiu în patologia cerebrală degenerativă demenţială de tip Alzheimer se intersectează deasupra unor ipoteze etiopatogenice şi mecanisme fiziopatologice pe cît de variate, pe atît de încărcate de speranţa posibilităţii de stăpînire a unor elemente cheie răspunzătoare de instalarea deficitelor specifice acestei patologii.

Multiplele caracteristici psihopatologice şi datele anatomopatologice, provenite din explorările efectuate intra-vitam sau din studiile morfopatologice efectuate post-mortem, pledează pentru o anumită selectivitate a degenerescenţei substanţei cerebrale şi o oarecare specificitate a leziunilor şi deficitelor neurochimice, cu raportare succesivă la diferiţi factori consideraţi etiologici în apariţia bolii.

Incadrarea clinică a bolii Alzheimer se bazează pe fundamente morfopatologice. Un prim aspect reţinut în legătură cu patologia cerebrală degenerativă demenţială de tip Alzheimer este unanimitatea cu care a fost acceptată propunerea de lărgire a cadrului clinic. Pornind de la similitudinile anatomopatologice dintre boala Alzheimer propriu-zisă, cu debut precoce în presenescentă şi demenţa senilă, în care se produce în timp o veritabilă alzheimerizare a leziunilor, leziuni care se întîlnesc însă şi în îmbătrînirea fiziologică, s-a creeat conceptul de „demenţă senilă de tip Alzheimer DSTA, reţinîndu-se două caracteristici: aceleaşi leziuni apar şi în îmbătrînirea fiziologică, şi în procesele degenerative de tip Alzheimer, dar în gradientul de difuziune a leziunilor se înregistrează un prag peste în care un deficit compatibil cu o funcţionalitate cvasi-normală, ca cea din senescenta fiziologică, devine manifest patologic;

- gradul de distrucţie neuronală nu este proporţional cu intensitatea tulburărilor psihopatologice, în special cele de deteriorare cognitivă cu focalizare mnestică, ceea ce poate fi explicat prin cvasi-normalitatea funcţională asigurată în îmbătrînirea fiziologică de mecanismele de plasticitate neuronală, în contrast cu importantele deficite metabolice şi funcţionale manifeste la

nivelul neuronilor restanți în boala Alzheimer.

Leziunile anatomopatologice sînt reprezentate de afectarea în coloană a circuitelor neuronale, cu bipolarizare cortico-subcorticală și cu respectarea structurii laminare a cortexului cerebral, ceea ce face ca DSTA să fie înscrise în rîndul demențelor subcorticale, alături de demența din boala Parkinson, de exemplu (6).

Ipoteza deficitului colinergic privește deficitul de acetilcolină, carența de cholină și starea receptorilor muscarinici cerebral.

Deficitele neurochimice exprimate în b.Alzheimer privesc mai multe sisteme de neurotransmițători, dar în mod particular și majoritar este afectată transmisia colinergică (11), prin afectarea predominant subcorticală, la nivelul complexului colinergic magnocelular (în special nucleul bazal Meynert), dar cu răsunet asupra întregii inervații colinergice cerebrale, aspect particular față de hipofuncția dopaminergică din îmbătrînirea fiziologică, care realizează cadrul disfuncției neuro-biologice de după 50 de ani, sindromul de DNBC din literatura franceză.

In privința alterării sistemului colinergic de neurotransmisie s-au făcut studii asupra activității colin-acetil-transferazei (CAT) și a raportului dintre captarea de cholină și nivelul de CAT care nu este crescut semnificativ decît în unele regiuni corticale, dar care global este inferior celui de la subiecții martori, precum și asupra posibilității de optimizare a nivelului de acetilcolină cerebrală prin utilizarea unor precursori de acetilcolină, sau a unor inhibitori ai colinesterazei (17).

La nivel celular, carența neuronală de cholină (16), sugerată inițial de Wurtman și atestată de unele fapte ca scăderea nivelului de acetilcolină cerebrală cu 40-50%, scăderea nivelului constituienților membranari dependenți de cholină și creșterea metaboliților acesteia, este considerată un element patogenetic pentru b.Alzheimer. S-a emis ipoteza că, în condițiile unei carențe de cholină, pentru recuperarea cholinei necesare, are loc un veritabil auto-canibalism al cholinei membranare, ceea ce favorizează rupturi ale membranei celulare, cu eliberarea de enzime care determină o proteoliză anormală a precursorului proteinei emiloide (APP) și formarea de proteină amiloidă A_4(AP), complex extrem de toxic, așa cum s-a observat prin efectul de degenerare neuronală pe care îl are acest amiloid asupra unei

culturi primare de neuroni.

Ipoteza patogenică despre carenţa de cholină are cel puţin două corolare-unul terapeutic, prin utilizarea inhibitorilor de canale potasice, în scopul de a amplifica sinteza de cholină şi a creşte recaptarea de acetilcolină, - altul diagnostic prin posibilitatea determinării concentraţiei substanţelor derivate din cholina în lichidul cefelorahidian.

Eficienţa creşterii prin mijloace terapeutice a nivelului de acetilcolină cerebrală este considerată posibilă datorită relativei prezervări a receptorilor muscarinici ai acetilcolinei, în special M_1,(11), chiar în ariile cerebrale afectate de hipoperfuzie şi hipometabolism. Astfel s-ar explica utilizarea în scop promnezian al unui agonist muscarinic de tipul minaprinei şi a unor derivaţi, mult mai delectivi, ai acesteia.

Modificarea unor complexe proteice în ţesutul nervos duce la turbarea funcţiei lor normale şi le conferă un rol patogen în b.Alzheimer.

Un element specific pentru b.Alzheimer este modificarea pe care o suferă proteina TAU, componentă fiziologică care contribuie la stabilitatea microtubulilor neuronali şi care în boala Alzheimer funcţionează anormal, fiind anormal fosforilată şi polimerizată, cu acumulare în depozite intracitoplasmatice,fie în corpul celular constituind leziunile de degenerescenţă neurofibrilară (DNF), fie în terminaţiile nervoase şi în jurul depozitelor de amiloid (6).

Studii recente asupra unui vertebrat primitiv - Lamproide (21) au pus în evidenţă un fenomen caracteristic b.Alzheimer, şi anume un „fenomen de circulaţie" exprimat prin faptul că proteina TAU, care normal nu se găseşte decît la nivelul axonilor, poate apare în anumite condiţii şi în dendrite, determinînd distrugerea finală a acestora. La Lamproie, secţionarea axonului aproape de corpul celular este urmată de transformarea dendritei neuronului respectiv în axon.Se pare că această „confuzie", creată prin pierderea identităţii dendritelor, ar preceda apariţia DNF caracteristice b.Alzheimer.

O echipă de cercetători francezi (7) a pus la punct un model de studiu experimental al proteinei TAU tratînd o cultură primară de neuroni cu doze progresive de acid glutamic, un aminoacid excitator (AAE) presupus neurotoxic în anumite condiţii şi patogenic pentru b.Alzheimer. S-a constatat că acumularea de

proteină TAU este corelată cu creşterea dozelor de acid glutamic şi cu o degenerescenţă neuronală progresivă.Corolarul terapeutic este în acest caz posibilitatea utilizării unor noi molecule farmacologic active în b.Alzeimer - antiglutamatii.

Un efect asemănător, de acumulare a proteinei TAU şi de exprimare a unor antigene, cum este antigenul asociat b.Alz.-Ag Alz-50, s-a obţinut prin tratarea unor culturi de celule neuroblastomice umane cu un ion metalic cu efect neurotoxic şi posibil patogenic în b.Alzheimer - ionul de aluminiu (Al)(1).

O altă constatare lezională în b.Alzheimer este placa senilă (PS), al cărei constituient principal este depozitul de proteină amiloidă şi alumino-silicaţi.Proteina amiloidă(AP) provine dintr-o glicoproteină mamă - precursorul proteinei amiloide (APP), care este sintetizată în corpul neuronal şi apoi rapid transportată la capătul axonului, unde este înserat în membrana celulară asemeni unui receptor de membrană.AP provine din scindarea proteolitică a APP de către APP - secretază, dar se mai pare că amiloidul neurotoxic ia naştere printr-o scindare anormală, la un alt nivel, al APP.

Fiziologic ,APP,al cărei genă este prezentă în aproape toate tipurile de celulă din corp, are rol neurotrofic, în creşterea şi supravieţuirea neuronilor şi în prezervarea legăturilor lor, precum şi rol reparator, atestat de apariţia depozitelor de amiloid după traumatismele cranio-cerebrale, la un interval foarte scurt (14) şi de alte fapte.Astfel, s-a constatat că APP are unele trăsături structurale asemănătoare cu precursorul factorului de creştere ectodermal şi de asemeni, să includă o secvenţă care se aseamănă cu elementul de „control" al şocului caloric". Termenul de „şoc caloric" desemnează din acest punct de vedere, nu numai expunerea la căldură, dar şi alte condiţii de stress celular cum ar fi hipoxia şi expunerea la substanţe toxice, organice şi anorganice, care pot fi implicate şi în patogenia bolii Alzheimer.

Ipotezele patogenice fundamentate pe prezenţa amiloidului

In raport de condiţia de element critic pe care o are APP în dezvoltarea neuronală şi în procesul de reparaţie celulară, şi de constatare a unei supraexpresii-genetic determinată,ca în boala Down sau de şoarecii transgenici,sau - prin stress celular, sînt evocatoare pentru patogenia b.Alzheimer două ipoteze privind: a. ipoteza amiloidului primar consideră că AP se acu-

mulează inițial în plăci difuze care înglobează apoi,în cursul procesului de maturație și alte elemente, elemente care pot explica de ce o substanță oarecum inertă din punct de vedere biochimic , devine biologic toxică și cauzează o degenerescență progresivă a neuronilor din proximitate.Efectul aminoidelor în vivo, de degenerescență neuronală și inducție cronică de Ag Alz-50, au fost evidențiate de studiile lui Rowald (10,12) iar Yanker (10) demonstrează că substanța P administrată intracerebral sau chiar sistemic, are un efect protectiv, împiedicînd distrucția neuronală și expresia Alz-50, deci ar putea constitui o alternativă terapeutică;

b. ipoteza alternativă asupra amiloidului consideră că APP este implicat secundar în procesul morbid, ca o încercare de „salvare" a unei funcții celulare normale.Prin acestă prismă, AP este considerat un reactant protector endogen, care este activat în vătămări ale celulei nervoase,acute, ca în traumatismele craniocerebrale sau-lente, ca în expunerea cronică la factori de stress celular neidentificați încă complet în b.Alzheimer.

Un defect mutagen în gena pentru APP, cum este cel determinat de substituția izoleucinei pentru valină descrisă de Goat și coll. ar crește vulnerabilitatea celulei nervoase la stressul celular, așa încît un astfel de defect genetic se exprimă mai devreme,prin explunere cumulativă la factorii cauzali propuși, iar transcripțiile induse de stress apar ca neprotective,deși sînt amiloidogenetice. In acest context ipotetic, obținerea terapeutică de prevenire a formării de amiloid devine nesigură, datorită eventualului rol citoprotector al amiloidului.

Unele modificări neurochimice prezente în b.Alzheimer ar fi induse de factori neurotoxici endo- și exogeni, cum ar fi glutematul și radicalii liberi și restectiv, ionul de aluminiu.

Ipoteza toxicității aluminiului.

Rolul neurotoxic al aluminiului Al.(1,8,18,19) a fost confirmat de studii toxicologice, pe animale de laborator și de unele cazuri de intoxicație acută accidentală cu Al.(15), de studii de biochimie ce subliniază modificările biochimice care au loc în creier în prezența Al. precum și de studii epidemiologice relevînd concordanța semnificativă statistic,între diferite situații de expunere excesivă la Al.și incidența bolii Alzheimer sau apariția unor tulburări cognitive de tip mnezic, precum și de constatarea efectului benefic al înlăturării Al.

din organism, prin utilizarea unui agent chelator (4).

Faţă de prezenţa, ubicuitară şi importantă procentual, a Al.în geociclu, semnificaţia sa biologică este puţin cunoscută, dar este în studiu. La om, aportul zilnic reprezintă cca.20-25 mg. pe zi în majoritate pe cale digestivă, în special prin alimente solide, dar şi prin apa de băut care poate fi contaminată atît de la sol, cît şi prin poluare sau prin tratare, în scopul potabilizării, cu săruri de Al. Biodisponibilitatea sa, este însă veritabilă (20), depinzînd de prezenţa unor agenţi neutralizanţi cum ar fi siliciul şi fluorul, care-i reduc absorbţia sau dimpotrivă, a unor agenţi solubizanţi ca citratul, care cresc absorbţia de Al. S-a constatat că speciile anorganice, monomerice de Al. sînt mult mai puţin toxice decît cele organice şi polimerice. Acumularea totală de Al.în organism (cca.50 mg) creşte o dată cu vîrsta şi predomină în cîteva organe:osse,creier,plămîni. Transportul de Al.în ser se face prin intermediul unor proteine printre care transferina. Afinitatea Al.pentru aceste proteine este diferită, probabil genetic determinată, fapt care reprezintă de fapt susceptibilitatea individuală faţă de transportul de Al.către encefal.

In ceea ce priveşte transferina, care este doar parţial saturată cu fier, ea asigură cel mai mare influx de Al.către creier, creierul conţinînd de altfel, cel mai mare număr de receptori pentru transferină.

Alături de un presupus deficit de saturare cu fier a transferinei, predominanţa receptorilor la transferină în anumite zone cerebrale,precum şi promptitudinea cu care Al.este disociat de pe transferină şi depus preferenţial în plăcite de amiloid,reprezintă elemente de vulnerabilitate la neurotoxicitatea Al.

La nivel intracelular,Al.este stocat de către feritină, de pe care ar elibera astfel fierul trivalent, facilitînd producerea de radicali liberi, cu rol recunoscut în degenerescenţa celulară, implicit neuronală.

Impactul Al.cu organismul este mult mai complex, menţionîndu-se pînă în prezent un mare număr de efecte ale Al.la nivelul nuclear, citoplasmatic, citoscheletic şi membranar, la nivelul barierei hematoencefalice, a sinapselor şi neurotransmiţătorilor, a sîngelui glandelor paratiroide, a oaselor,etc.

La nivel nuclear, Al.ar interfera cu funcţia formaţiunilor cromatiniene, alterînd structura complexelor ADN - proteină şi

transcripţia unor gene specifice ţesutului nervos, după cum este recunoscută interferenţa cu unele sisteme enzimatice, prin deplasarea unor metale indispensabile funcţionării lor. La nivelul sistemelor intracelulare de eliberare a calcului, cum ar fi inozitol-fosfatul sau receptorul la glutamat de tip RNMDA, Al. acţionează în sensul favorizării inundaţiei cu calciu a celulei. Pe această bază s-a propus în tratamentul tulburărilor mnezice la persoanele în vîrstă şi în b.Alzheimer, utilizarea inhibitorilor de canale calcice , cum ar fi nimodipinul .

Chiar dacă în ceea ce priveşte patogenia b.Alzheimer datele actuale nu pot preciza primordialitatea sau importanţa participării Al. în dezvoltarea leziunilor şi disfuncţionalităţilor prezente, rolul neurotoxic al acestuia este confirmat de datele clinice şi toxicologice. Astfel, în intoxicaţia accidentală cu Al. se constată, la tomodensitometrie şi în imaginile obţinute prin rezonanţă magnetică nucleară, multiple leziuni necrotice în substanţa albă subcorticală şi ganglionii bazali (15), iar la hemodializaţii renali cronici dezvoltarea encefalopatiei aluminice (18).

In studiile toxicologice pe animalele de laboretor sînt folosite ca specii sensibile pisica şi iepurele de casă. In administrarea acută se constată în primul rînd un deficit selectiv al capacităţii de învăţare şi de memorizare, inclusiv inhibiţia potenţializării pe lung termen pe feliile de hipocamp, urmată de alterarea răspunsului motor şi tulburări neurologice ca hipertonie, tremor, astazie, mioclonii şi convulsii pînă la exitus. In administrarea cronică, ordinea afectării funcţiilor psihomotorii se menţine, realizîndu-se un tablou similar celui din b.Alzheimer şi un nivel de Al. intracerebral de 5-6 micro grame pe gr.de substanţă cerebrală uscată, comparabil cu cel din b.Alzheimer.

<u>Factorul genetic este primordial pentru cazurile de b.Alzheimer familială cu apariţie precoce</u>.

Dacă în cazurile sporadice şi tardive de b.Alzheimer ipotezele ca cea despre neurotoxicitatea Al. sînt în centrul atenţiei, în formele familiale cu apariţie precoce, factorul genetic geţine primordialitatea. Alături de anomaliile genetice privind APP, s-a descris pe cromozomul 21 locusul „Alzheimer", la distanţă de locusul genei pentru APP. Alţi doi cromozomi au fost implicaţi în dezvoltarea b.Alzheimer familiale: cromozomul

14, răspunzător alături de cromozomul 21 de formele precoce de boală şi cromozomul 19, implicat în formele familiale dar mai tardive de boală.

In final, trebuie menţionat că se reţine actualmente punctul de vedere după care conceptul de b.Alzheimer este din ce în ce mai heterogen, mascînd probabil mai multe boli de origine diferită. Cercetările trebuie să se axeze pe cei doi poli,clinic şi biologic, pentru a valida diferitele ipoteze existente la orele actuale.

Linii de cercetare în viitor

Cercetarea actuală şi de viitor asupra b.Alzheimer urmăreşte:o mai bună cunoaştere a factorilor de creştere şi de ameliorare a plasticităţii sistemului nervos, precum şi de prevenire a anomaliilor de sinteză a proteinelor citoscheletului neuronal şi mai ales a fosforilării anormale a proteinei TAU;
- Stabilirea rolului astrocitelor şi a proteinei gliofibrilare pe care o conţin în deteriorarea intelectuală;
- incercarea de blocare a receptorului cerebral prezumat a capta APP, de inhibare a enzimei care scindează APP şi eliberează proteina beta-amiloidă şi de contracarare a efectelor dăunătoare exercitate de aceasta asupra celulelor nervoase;
- Noi posibilităţi de limitare a factorilor neurotoxici endo şi exogeni.

In ceea ce priveşte aluminiul, pentru îndepărtarea lui din organism s-a utilizat pînă în prezent un chelator folosit obişnuit pentru îndepărtarea fierului - desferioxamina, obţinîndu-se într-un studiu(4) eliminări urinare crescute de Al. (pînă la 300%) şi scăderea semnificativă a ritmului de evoluţie al b.Alzheimer.

Cercetările actuale se orientează spre găsirea unor chelatori de Al.activi în administrarea per os, mai maniabili şi a căror acţiune chelatoare să fie proporţională cu doza, cu posibilitatea estimării unei posologii optimale.

O propunere de studiu priveşte chelatorii polifenolici naturali, în speţă fravonoidele. Acestea sînt compuşi obişnuiţi ai dietei umane şi una din componentele principale ale propolisului şi pot avea influenţă asupra unor sisteme biologice şi enzimatice şi implicit importanţă terapeutică: acţiune antioxidantă, vasculotropă, antiinflamatoare etc.

Studii asupra absorbţiei, metabolismului, excreţiei şi distribuţiei în organism, precum şi a farmacocineticii la om, s-au făcut asupra mono-bi-tri şi tetra-hidroxietilrutozidelor şi rutinului.

Buodisponibilitatea rutinului poate fi ameliorată prin chelare cu ionii de Mg. iar chelatul cu Al. prezintă un grad de stabilitate mult mai mare. Aceste considerente deschid perspectiva posibilei utilizări a rutinului pentru chelarea Al.din organism şi eliminarea sa prin bilă şi urină.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Birshal J.D., Chappel J.J. :Aluminium chemical phisiology and Alzheimer's disease - The Lancet,ii,1988, 1oo8-1oll.
2. Suzanne Champoux :„Un déséchilibre de l'homeostasie calcique rejoint les autres hipotheses" . Quotidien de médecine,4700,4 mars 1991.
3. Emeriau J.P.,Orgogozo J.M.„ Le cerveau agé, Bordeaux,1980, Symposium international organisé par les Laboratoires DAUSSE.
4. Donald R., Grapper et coll.- "Intramuscular désférioxamină in patients with Alzheimer's disease" - The Lancet, 1991,337,13o7.
5. Hauw J.J., Duyckaerts, Delaêre P., Lamy C.:- Maladie d'Alzheimer de la néurologie anx symptomes - La Revúe de Practicien,13, mai 1991,1188-1195.
6. Grecu I., Neamţu Maria, Enescu L. - Implicaţii biologice şi medicale ale chimiei anorganice - Ed.Junimea,Iaşi 1982.
7. Jacques Hugon - Alzheimer - des Francais mettent au point un model d'étude des dépots de proteine TAU" - Le Quotidien du Médecine,4936,mars 1992.
8. Donald R.Crapper McLachlan et coll.-"Would decreased aluminium ingestion reduce the incidence of Alzheimer's disease" - Canadian Medical Association Journal, oct.1991, 145,7,793-8o4.
9. Nguyen Véronique - Un troisiă chromosome est impliqué dans le maladie d'Alzheimer familiale - Le Quotidien de Médecine,nr. 5o54,oct.1992.

EXPLORARI BIOLOGICE IN SINDROAMELE DEPRESIVE

ROXANA CHIRITA

Consideratii introductive. Studiul sindroamelor depresive reprezintă locul de convergenţă a nenumărate cercetări multidisciplinare, orientate spre încercarea de elucidare a mecanismelor etiopatogenice. Aceasta a condus la expansiunea îndeosebi în ultimii douăzeci de ani, a studiilor şi abordării biologice, alături de abordarea psihopatologică (22).

Heterogenitatea sindroamelor depresive face dificilă relaţionarea unor corespondenţe între anumite tulburări ale dispoziţiei cu un anumit grad de specificitate şi o serie de modificări biologice, ele însele supuse unei multifactorialităţi patogenice. In stadiul actual al cercetărilor se poate vorbi de o serie de modificări biologice depistate prin investigaţiile curente sau declanşate de o serie de teste. Aceste modificări pot fi puse în evidenţă în cursul unui acces depresiv sau pe parcursul evoluţiei unei psihoze maniaco-depresive. Dereglările biologice decelate în cursul stărilor depresive, care prezintă o anumită specificitate şi constanţă neinfluienţate de parametrii exteriori, se pot constitui ca „marker biologic". Acest termen nu implică unilateral şi univoc o participare etiopatogenică, putînd căpăta şi valoare de indicator nosografic, indice predictiv sau terapeutic. In concordanţă cu aspectele biologice, explorările electrofiziologice permit stabilirea unor „markeri poligrafici", precum şi aprofundarea unor studii imunologice şi genetice, de mare amploare în ultimii ani (15,16).

Evaluarea unor markeri biologici în sindroamele depresive. Dintre primele studii efectuate în acest sens, face parte şi explorarea metabolismului neurotransmiţătorilor şi anume, a monoaminelor (4,9). Tulburările care pot căpăta valoare de marker biologic sau de indicator nosografic se referă la următoarele constatări:

- Scăderea accentuată a concentraţiei în LCR, plasmă şi urină, a 5 HIAA (acid 5 - hidroxi-indol-acetic) ce reprezintă un catabolit al serotoninei în cursul depresiilor severe, exclusiv în cursul episoadelor psihotice majore. Deşi criteriile clasice de stabilire a unui marker biologic, implică menţinerea dereglării biologice pe tot parcursul bolii şi nu numai a episoadelor majore, autorii anglo-saxoni au realizat o diferenţiere a noţiunii

de „trait-marker" de cea de „state-marker"(3).

- In cursul depresiilor severe endogene, s-a constatat şi o scădere a catabolitului principal al noradrenalinei MHPG (metoxi-hidroxi-fenil-glicol), a cărui concentraţie se măsoară în plasmă sau urină.

Ambele explorări biologice permit stabilirea unor indicatori nosografici, astfel încît se pot delimita două categorii de depresii severe: una, cu „deficit noradrenergic" ce răspunde mai bine la tratamentul cu antidepresive triciclice secundare şi la inhibitorii alfa adrenergici, şi cealaltă categorie, depresii cu „deficit serotoninergic", ce răspund bine la medicamentele pe bază de precursori de serotonină şi la antidepresivele triciclice terţiare (5).

- Dozarea catabolitului dopaminei în L.C.R.- acidul homovanilic (HVA) a condus la următoarea observaţie: scăderea concentraţiei catabolitului se produce în acele cazuri de depresie în care predomină inhibiţia psihomotorie, în timp ce o creştere a concentraţiei acidului homovanilic a fost decelată în depresiile delirante. Acest din urmă rezultat este altfel în conformitate cu ipoteza unui mecanism hiperdominergic în cursul proceselor delirante (8).

Studiul activităţii enzimatice, şi în special al activităţii monoamino-oxidazei (MAO) plachetare, conduce la stabilirea unui marker biologic genetic al predispoziţiei către forma bipolară a psihozei maniaco-depresive (21).

<u>Perfecţionarea tehnicilor radioactive</u> a condus la o serie de studii care au permis măsurarea numărului şi a gradului de afinitate al anumitor situs-uri receptoare, fie în plachetele sanguine la om, fie pentru neurotransmiţătorii cerebrali la animal. Utilizarea imipraminei tritiate în studiul situs-urilor plachetare, a permis stabilirea unui indice periferic al depresiei (7,20). Observaţia faptului că după un tratament cu antidepresive sau după electroşoc, numărul situs-urilor se normalizează, permite şi stabilirea unui indice terapeutic. Si nu în ultimul rînd, studiul acestor situs-uri, efectuat la anumiţi subiecţi îndemni poate duce la evaluarea unui index biologic de evaluare a populaţiei cu risc, putînd fi confirmat sau infirmat într-un studiu longitudinal(10).

<u>Explorarea sistemelor endocrine în psihiatrie</u> necesită o atentă evaluare, avînd în vedere dificultatea unei analize direc-

te a interacţiunilor neurotransmiţătorilor centrali.Astfel,hormonii pot constitui indicatori periferici suficient de fideli, ce reflectă echilibrul neurotransmiţătorilor.Diversele metode de explorare şi testare neuro-endocrine, prezintă avantajul de a fi periferice şi atraumatice,dar şi dezavantajul de a fi supuse influenţei diverşilor factori interni şi externi: dietă, stress, fazele ciclului menstrual.Principalele investigaţii neuro-endocriniene au vizat axul hipotalamo-hipofizo-suprarenalian,axul hipotalamo-hipofizo-tiroidian, axul hipotalamo-somatotrop, prolactina, hormonii sexuali (13).

Ca indicator de endogenitate, considerat ca avînd o înaltă specificitate şi fiabilitate diagnostică, este utilizat testul de frenare la dexametazonă (DST).Acest test diferenţiază două categorii de bolnavi: cei care avînd un rezultat normal la test, sînt consideraţi ca fiind supresori şi cei ce prezintă o deviere de la valorile normale, denumiţi nonsupresori. Din a doua categorie fac parte depresiile endogene. Existenţa unui DST anormal în cursul unei depresii, pe lîngă indicele de endogenitate, reprezintă şi un indice prognostic favorabil al bolii la tratamentul cu antidepresive şi electroşoc.Deasemeni acest test este apt să ghideze tratamentul - dacă un DST anormal persistă; chiar dacă se observă o remisiune clinică aparentă, nu trebuie întrerupt tratamentul întrucît există riscul unei recăderi rapide. DST reprezintă astfel un martor mai realist al evoluţiei procesului depresiv decît aprecierea clinico-psihologică (19).

Cercetări recente în domeniul neuro-endocrinologiei au demonstrat o creştere considerabilă a hormonului hipotalamic - corticotropin - realising hormon (CRH), în cursul stărilor depresive majore. Există produşi sintetici de CRH, care sînt utilizaţi în studiul rolului axului hipotalamo-corticosuprarenalian în procesul depresiv, prin administrare înainte şi după tratamentul cu antidepresive şi urmărirea efectului prin măsurarea cortizolemiei (19).

In ceea ce priveşte axul hipotalamo-hipofizo-tiroidian, atît ritmul circadian al hormonului TSH cît şi testul de stimulare cu TRH (tirsotrop-realising-hormon), sînt perturbate în cadrul formelor unipolare din cursul depresiilor endogene. Deasemeni,testul de stimulare cu TRH poate indica o remisiune, independent de aspectul clinic (14).

Explorările neurofiziologice şi identificarea unor markeri

poligrafici realizează un important aport în elucidarea mecanismelor etiopatogenice din stările depresive.Astfel,înregistrările poligrafice ale somnului în cursul stărilor depresive permit aprecierea prognostică a riscului unei decompensări şi chiar a unor prime manifestări, confirmă eficacitatea unui tratament antidepresiv şi diferenţierea unor delimitări nosologice. In acest sens, se pot diferenţia depresii endogene în care se înregistrează o diminuare a perioadei somnului cu unde lente,delta, precum şi modificări ale somnului paradoxal cu accentuarea activităţii oculo-motorii(1,17). Cercetări recente (18) au dus la individualizarea de o manieră formală, a depresiei dopamino-dependente (DDD) a cărui diagnostic permite o atitudine terapeutică specifică, urmată în 100% din cazuri de o dispariţie a tulburărilor într-un interval de maximum trei zile (18).

Aportul studiilor genetice. In cadrul multifactorialităţii etiologiei depresiei, fondul genetic specific fiecărui bolnav favorizează o anumită fragilitate sau predispoziţie în dezvoltarea bolii.Acest domeniu este explorat de studii genetice,dintre care se remarcă cele efectuate de Mendlewicz şi Turner,care prin metode de linkage au încercat să delimiteze grupuri nosologice funcţie de specificitatea transmiterii cromozomiale a bolii(6,11).

Neuro-endocrino-imunologia, ca domeniu de investigaţie a sindroamelor depresive, se conturează în deschiderea unor noi posibilităţi de abordare etiopatogenică.Obiectivele actuale consistă în a descrie sistemele de comunicaţie celulară (mediatori şi receptori) între neuroni şi celulele imuni-competente (limfocite, macrofage).Mai multe studii au demonstrat perturbări ale imunităţii celulare în depresiile grave, referindu-se în special la o diminuare a numărului de limfocite cu reducerea acţiunii de mitogeneză în vitro, la o scădere a citotoxicităţii celulelor NK şi la o creştere a numărului de polinucleare (12).Aceste modificări ar putea fi atribuite în principal unor perturbaţii ale reglării neuro-endocrine din cadrul axului hipotalamo-hipofizo-suprarenalian, dar trebuiesc luate în considerare şi alte mecanisme, ce antrenează neuromediatori, cum ar fi serotonina şi neurohormonii.

Evaluarea concluzivă a mecanismelor etiopatogenice ridică implicit întrebarea dacă dereglările biologice pot explica în totalitate deficienţele de protecţie imunitară observate în une-

le sindroame depresive. Acestea prefigurează perspectiva introducerii în bateria de testare a psihotropelor, a unui nou palier, cel al acţiunii medicamentului asupra funcţiilor imunitare, în toată complexitatea lor(2). In acest mod, contribuţia cercetărilor biologice din psihiatrie şi evaluarea unor caracteristici biologice sau electrofiziologice cu valoare de markeri, permit noi modalităţi de abordare a sindroamelor depresive, în încercarea de elucidare a mecanismelor etiopatogenice.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1.Akiskal H.: The utility of REM latency test in psychiatric diagnosis.Psychiatr.Res.,1982,7,lol-llo

2.Angeletti R.H.,Hickey W.F.: A neuroendocrine marker in tissues of the immune system.Science,1985,23o,89-9o

3.Arora R.,Kregel L.,Meltzer Y.: Seasonal variation of serotonin uptake in normal controls and depressed patients.Biological Psychiatry,1984,19,795-8oo

4.Asberg M.,Bertilson L.: CSF monoamine metabolites in melancolia.Acta Psychiat.Scand,1984,69, 2ol-219

5.Beckman H.,Goodwin F.K.: Antidepressant response to tricyclies and urinary MHPG in unipolar patients.Arch.Gen. Psychiatry,1975,32, 17-21.

6.Berrettini W.H., Lynn R.,Gelernter J.,Elliot G.: Rejection of Linkage to Xq 28 in nine Bipolar Pedigrees.Arch. Gen.Psychiatry, 47,366-373,199o.

7.Briley M.S., Langer S.,Raisman R.,Zarifian E.: Tritiated imipramine binding sites are decreased in platelets of untreated depressed patients.Science,198o,2o9, 3o3-3o5.

8.Carroll B.: A specific test for the diagnostics of melancolia. Arch.Gen.Psychiatry,1981,38. 15-22.

9.Checkley S.A.: Neuroendocrine tests of monoamine function in man: a review of basic the theory and its application to the study of depressive illness.Psychol. Med.,198o,1o,35-53.

1o.Cooper S.J.,Kelly J.G.,King D.J.: Adrenergic receptors in depression:effects of electroconvulsie therapy British Journal of Psychiatry,1985,147,23-29.

11.Debray Q.,Caillard V.: Facteur génétique et facteurs d'environnement dans l'étiologie de la dépression.In La mala-

INVESTIGATIA EXPERIMENTALA IN PSIHOLOGIA CLINICA APLICATA

T.PIROŻYŃSKI, N.COSMOVICI, V.PARASCHIV

Investigaţia experimentală şi explorarea funcţională în psihologia medicală (2) aplicată - ambulatoriu, dispensarizată şi clinică constituie una din prestaţiile importante ale activităţii de asistenţă psihiatrică populaţională. Ea poate fi focalizată în jurul a două coordonate majore de constatare şi de perspectivă: psihodiagnosticul (9) şi prospectarea diverselor forme ale tehnicilor psihoterapice (10), în vederea valorizării potenţialului relaţional de echilibru subiectiv-obiectiv ale structurilor analitice şi sintetice de personalitate în mediul ambiental comportamental.

Coordonatele actuale ale psihiatriei moderne ca ştiinţă medicală, integrală şi antropologică (4) investesc potenţialităţi benefice ale participării psihologului medical practician în cadrul echipei terapeutice la orice nivel de solicitări, prin însăşi organigrama şi plasare a acestuia în cadrul laboratorului central, cabinet pavilionar, cabinetului de policlinică, tip L.S.M. şi teren), cît şi prin atribuţiile profesionale (comisii de triere şi diagnostic,diverse comisii expertale) din care se detaşează generalizarea experienţei pozitive şi înaintate în cadrul cercetării ştiinţifice în psihofarmacologie, elaborarea şi adaptarea instrumente standardizate de tipul scalei,chestionare, teşte şi probe de investigaţie psihologică experimentală în sindroamele psihopatologice ale clinicii de psihiatrie.

Cercetarea ştiinţifică (implicit investigaţia psihologică experimentală) în psihologie nu poate fi niciodată etichetate şi orientate monodisciplinară, ci numai interdisciplinară, ceea ce impune şi presupune un limbaj nozologic ştiinţific care să faciliteze conceptualizarea reacţiilor,stărilor,proceselor şi fenomenelor psihice în raport cu ipotezările neuro- şi socio-ştiinţifice, care să permită o eficienţă echilibrată şi reală în progresul cunoaşterii, a proceselor cognitive şi afective în structurarea ierarhizată a personalităţii, fiind insuficiente numai descrierile sau grilele de lectură parţiale, potrivit conceptelor factoriale, psihanalitice şi chiar psihiatrice (1,3).

Investigaţia experimentală ca metodă de cercetare în psihologie (8) este cea mai importantă,precisă şi fundamentală,care

a favorizat,dinamizat şi a contribuit la constituirea însăşi a psihologiei ca ştiinţă autonomă,independentă şi este utilizată, fiind indispensabilă, în cele peste 30 de ramuri ale ei, în majoritatea aplicative.Din unghiul care ne interesează, al psihopatologiei, necesită să reamintim consemnările lui Th.Ribot,care încă din 1909, în lucrarea „Metodele în ştiinţe.Psihologia", scris: „Metoda patologică ţine în acelaşi timp de observaţie şi de experimentare. E un puternic mijloc de investigaţie, bogat în rezultate. Boala e, în adevăr, o experimentare de ordinul cel mai subtil, instituită de natura însăşi, în împrejurări bine determinate şi cu procedee de care arta omenească nu dispune.Ea atinge ceea ce e inaccesibil.De altfel, dacă boala nu ar dezorganiza mecanismul spiritului făcîndu-se să înţelegem astfel funcţiunea sa normală, cine ar îndrăzni să riste experienţe pe care orice morală le respinge?"(7).

De aici se poate desprinde şi detaşa valoarea metodei patologice a lui Ribot, şi mai tîrziu, a metodei clinice a lui Piaget, în investigaţia experimentală psihopatologică prin intensificarea cercetării individualului, a cazului, a psihologiei individuale modificate de boală, a căror direcţionare vor fi în continuare observaţia şi experimentarea apelîndu-se şi la ajutorul tehnicii şi aparaturii moderne care au intrat în dotarea Laboratorului de psihologie.

Oricît de diverse şi variate sînt metodele de investigaţie psihologică experimentală, problema cu care se confruntă, nu numai psihologii practicieni ci şi celelalte categorii, este aceea a interpretării datelor obţinute, care nu sînt puţine la acelaşi pacient şi nu întotdeauna concordante, deoarece,mai ales în psihologia clinică, pacientul nu este egal cu sine, ci într-o permanentă dinamică evolutiv-involutivă (implicată de boală), într-o continuă devenire, ceea ce direcţionează şi preocuparea de evaluare prognostică, cu toată relativitatea de anticipare a sensului evoluţiei pacientului.

In context clinic de investigare experimentală şi explorare funcţională, examinarea psihologică a pacientului cuprinde retroproiectiv - repere ale istoriei vieţii personale, acuzele semnificative ale stării prezente şi proiectiv - linii de orientare şi de perspectivă. Examinarea şi investigarea psihologică nu se confundă cu părţile sale componente deşi este conţinută

fragmentar în ele, realizîndu-se sub formă de experiment psihodiagnostic, cînd este vorba de examinările curente şi în cazul unor solicitări de comisii, în care psihologul are obligaţia, latitudinea şi independenţa de a alcătui montajul experimental în funcţie de caz, stabilind „abaterile pregnante ale parametrilor psihici de la normalitate"(6), prin discriminarea subiectivului de obiectiv, urmărindu-se efectul stimulilor obiectivi, în filtraj subiectiv,demers mintal şi fapt comportamental, încercîndu-se a obţine un echilibru între precizie şi realitate,prin neartificializarea maximală a situaţiilor experimentale ci ca o prelungire modificată a experimentului psihopedagogic.

Prin însăşi conţinutul activităţii sale profesionale - în clinică, în laborator, în cabinet, pe teren - psihologul întruneşte condiţii adecvate de cercetare ştiinţifică, privilegiate şi de natura investigaţiilor experimentale şi explorărilor funcţionale asupra pacienţilor, abordînd omul în situaţia de boală, cu toate emoţiile,anxietăţile, frustrările, conflictele,nemulţumirile, trăirile şi reacţiile pe care le dezvoltă în configuraţie psihodiagnostică (5).

Pe lîngă tematica cercetărilor izvorîtă din practica investigaţiilor curente, psihologul se înscrie şi se proiectează în cercetarea ştiinţifică comandată în studiul susţinerii ori nesusţinerii eficienţei unor medicamente în psihofarmacologie,prin control scalar şi testare periodică, pe parcursul tratamentului pentru medicamentul experimant.

Colectivul de psihologi ai Spitalului Universitar de Psihiatrie "Socola" au proiectat, experimentat şi validat tehnici speciale realizînd investigaţii şi cercetări poliaxiale, longitudinale şi latitudinale în dinamică la copil,adolescent şi adult, concentrîndu-se asupra instrumentarului psihologic ştiinţific de investigare experimentală şi explorare funcţională a potenţialului psihic:probe,teste, chestionare,scale, tehnici de intervievare, pe care le-au utilizat, analizat, etalonat şi prelucrat statistic, ţinîndu-se seama de: obiectivitate, verificabilitate, operaţionalitate şi exactitate a informaţiilor parametrice şi neparametrice, ca premisă necesară,dar nu şi suficientă a intervenţiei psihologului în context medical.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Fraisse P.: Psihologia experimentală, Editura Stiințifică, București,197c.
2. Ionescu G.: Introducere în psihologia medicală. Editura Stiințifică, București,1973
3. Ionescu G.(sub red.): Psihologie clinică, Editura Academiei RSR, București,1985
4. Pirozynski T.(sub red.):Psihiatria azi. Actualități și perspective în asistența bolilor psihice.Supl.Rev. Med.Chir.Iași,1985.
5. Pirozynski T.,Scripcaru Gh.: Introducere în psihopatologia relațională. Supl.Rev.Med.Chir.Iași,1989.
6. Popescu-Neveanu P.: Dicționar de psihologie, Editura Albatros, 1978
7. Ribot Th.: De la méthode dans les sciences,Paris,1909
8. Roșca Al.: Metodologie și tehnici experimentale în psihologie, Editura Stiințifică,București,1971.
9. Sen Al.: Laboratorul de psihologie clinică.Editura Stiințifică și Enciclopedică,București,1975.
10. Sen Al.: Educație și terapie, Editura Didactică și Pedagogică, București,1978.

Cuvinte cheie:

- Psihologie clinică

Tentativa hermeneutică privind „creația" psihopatologică, ca și psihoterapia, constituie o ofrandă a intercomunicării umane, pornită din partea alienistului și mediata prin criteriul ultim al Binelui,Dragostei, Adevărului și Dreptății.

EDUARD PAMFIL

VALOAREA PSIHOSTATISTICA A TESTULUI KOHS. ETALONARE

MARIA COSMOVICI, N.COSMOVICI, V.PARASCHIV

Testul cuburilor Kohs a fost creat şi pus în circulaţie curentă de examinare psihologică de către un medic englez, S.C. Kohs, în anul 1920. In 1923 impune o altă variantă, folosind 16 cuburi (între 4 şi 16) şi 17 modele, obţinînd o scală nonverbală între 5 şi 17 ani. Pe baza acestei variante, testul cuburilor Kohs a cunoscut modificări şi adaptări, simplificări, îmbunătăţiri, fiind inclus în bateriile de teste de uzitare mondială. Modificările şi adeptările acestui test, în mod structural nu sînt esenţiale? Ele ţin de folosirea numărului de cuburi (între 4 şi 16 ani), culoare, forme, mărimea şi numărul modelelor, timp, scalare, mod de cotare, etalonare, vîrsta de aplicare, profesie, şcolarizare, grad de deficit psiho-intelectual etc.

Printre cele mai remarcabile variante ale testului cuburilor Kohs, amintim: F.N.Maxfield (1923), R.B. Hutt (1930), G.Artur (1933), Grace Kent (1934), K.Goldstein şi M. Scherer (1943) D.Wechsler (1944), Alexander (1946), Bonnardel (1953), Reissenwaber (1953, Decroly şi Buyse etc.(5,8). La noi în ţară, testul cuburilor Kohs a fost utilizat şi etalonat la Cluj(2), Bucureşti (6,7) şi Iaşi (1) în laboratoarele de psihologie de profil (clinic şi şcolar).

Kohs, pe baza analizei şi comparaţiei făcute cu testul lui Binet-Simon, jocul de răbdare în două bucăţi, referindu-se la problema care rămîne în cercetare, dacă testul lui poate să măsoare inteligenţa, arată că „dacă inteligenţa implică analiză, combinare, comparare, delimitare, completare, discriminare, judecată, criticism şi decizie, atunci testul desenelor din blocuri face apel la inteligenţă"(3). Sesizăm prudenţa de exprimare a lui Kohs, care, indicînd ceea ce pune în evidenţă testul, nu afirmă că testul meu măsoară inteligenţa, ci că face numai apel la inteligenţă.

Majoritatea cercetătorilor sînt de acord că testul cuburilor Kohs este un test de dezvoltare, de performanţă, nonverbal. Pe lîngă aceste constatări, s-a mai pus în evidenţă că acest test (în diferite variante) include în rezolvarea sa şi aptitudinea perceptiv-spaţială. Deci, nereuşita la test nu condiţionează numai-

decît un anumit grad de deficienţă mintală, ci poate fi cauza altor deficienţe, ca de pildă: întîrzierea în literalizare, apraxie sau tulburări de scris-citit.

In afară de calităţile menţionate, dat fiind construcţia interioară a testului şi a gradelor de dificultate crescîndă, precum şi formele de acordare a ajutorului din ce în ce mai concret, pe baza observaţiei, care presupune mult simţ şi tact clinic şi pedagogic pot fi sesizate şi alte elemente importante cum sînt:

- exactitatea;
- rapiditatea (viteza de reacţie);
- perceperea configuraţiilor spaţiale;
- perseverenţa;
- capacitatea de efort;
- profitul de exerciţii prin achiziţii noi;
- tonusul afectiv al copilului în urma succesului sau eşecului;
- strategia şi flexibilitatea regulilor după modele;
- discriminarea dimensiunilor (a mărimilor);
- perceperea întregului şi a părţilor componente;
- sprijinirea pe operaţiile gîndirii;
- posibilitatea de reproducere (statistică, cinetică şi de transformare);
- posibilitatea de anticipaţie;
- notarea altor „semne de diagnostic".

Avînd o valoare genetică, reuşitele şi eşecul cresc de la o vîrstă la alta. Se admite, în genere, validitatea lui între 7 şi 10-12 ani. Cercetările noastre au scos în evidenţă oportunitatea utilizării lui.

Nu trebuie să neglijăm nici valoarea factorilor de personalitate ale copilului, la care testul face apel, cum sînt: temperament, motivaţie, impulsivitate, iritabilitate, rigiditate sau alte reacţii şi dispoziţii pasagere sau cu tendinţă structurativă.

Testul cuburilor Kohs mai întruneşte şi alte calităţi, printre care menţionăm, în curba ontogenetică a evoluţiei activităţii ludice la copil, suplinirea altor teste şi probe (neverbale sau verbale) psihologice, pedagogice, în genere didactice, oferindu-se o sinteză informativă la baza căreia stă observaţia în acţiunea copilului de rezolvare a testului. In acest sens, el implică

pe lîngă alte elemente, valori distincte şi delimitative după anumite criterii: mărimi,culori,forme,spaţializare etc. în cadrul fiecăruia desprinzîndu-se alte considerente de apreciere spaţio-temporară, punînd în evidenţă,astfel, operaţiile gîndirii şi condiţiile învăţării sau, altfel spus, aptitudinile mintale pentru şcolarizare în clasa I.

O altă caracteristică importantă care ne determină să acordăm încredere testului cuburilor Kohn este faptul că în cercetările efectuate, el prezintă din punct de vedere statistic o corelaţie pozitivă satisfăcătoare şi semnificativă.

Kohn obţine o corelaţie de 0,81 între E.M. a scării Binet-Simon şi testul său, de 0,67 la debilii mintal, coeficient obţinut şi de alţi cercetători (L.M.Hutt în 1932).Wechsler consideră că acest test (modificat) - în bateria sa, subtest - ca fiind cel mai bun din seria testelor de performanţă, avînd o corelaţie semnificativă cu întreaga baterie de teste şi cu testele verbale.Chiar în scările prescurtate ale WISC-ului şi WAIS-ului, testul cuburilor Kohs este prezent; în scara din 8 subteste şi în V.I.S.B. (4 subteste: vocabular, informaţii, similitudini,bloc Kohs) şi chiar reducerea fiind la două subteste: vocabular şi Kohs.

In prelucrările statistice asupra cuburilor Kohs, făcute la noi în ţară (Bucureşti), corelaţiile obţinute sînt semnificative, „avînd o valoare mai ridicată", între Kohs şi Raven (ambele sînt teste neverbale). In bateria „B.T.D.M.- 72", corelaţia între testele Kohs şi Raven este de 0,67 (la $p < 0,01$) ceea ce indică o semnificaţie înaltă (ţinînd seama şi de intercorelaţiile dintre teste şi între testele verbale şi de performanţă).

Pornind de la matricea corelaţiilor, pe baza analizei factoriale, autorii pun în evidenţă gradul de saturaţie a unor factori ai bateriei,prin „interrelaţia probelor în ansamblul bateriei", constatînd că saturaţia testului Kohs este cuprinsă în limite semnificative de 0,44 (5).

Noi am constatat o corelaţie semnificativă între testul cuburilor Kohs şi „activitatea deprinderilor şcolare" (scris-calcul) de 0,71.

Noi am constatat o corelaţie semnificativă între testul cuburilor Kohs şi „activitatea deprinderilor şcolare" (scris-calcul) de 0,71.

Din datele menţionate din punct de vedere statistic, în ceea ce priveşte corelaţiile, testul cuburilor Kohs întruneşte calităţi de validare, ceea ce determină utilizarea lui pentru scopurile propuse.

Etalon

Aplicarea testului cuburilor Kohs fără procedeele statistice şi „etalonarea etaloanelor" devine o probă oarecare (cum sînt atît de multe care se pot administra ad-hoc), fără o eficienţă de apreciere după criterii ştiinţifice, care implică studii minuţioase de specialitate şi de durată.

Experienţa noastră de sondaj, precum şi investigaţiile psihologice masive (1975 şi 1976) cu un scop bine definit, ne-au permis să elaborăm etaloanele şi argumentele statistice pentru utilizarea testului cuburilor Kohs, în mod curent, evitîndu-se astfel, pe cît posibil, erorile de apreciere şi avînd, în acelaşi timp, un punct de vedere unitar. Prezentăm etaloanele de apreciere realizate pe eşantion, diferenţiate pe sex, dar şi pe cele două modalităţi de acordare a punctajului: note brute şi note ponderate, prin metoda decilo-quartilică.

TESTUL CUBURILOR KOHS

Subiecţi FETE (1.337), 5-7 ani

Note brute		Note ponderate	
Media aritmetică: 76,88		Media aritmetică: 93,55	
DECILE:			
1.	0 - 52		0 - 51
2.	53 - 64		52 - 65
3.	65 - 71		66 - 78
4.	72 - 77		79 - 90
5.	78 - 81		91 -100
6.	82 - 85		101 - 108
7.	86 - 88		109 -117
8.	89 - 92		118 -123
9.	93 - 96		124 -130
10.	97 -100		131 -140
QUARTILE:			
I.	0 - 68		0 - 72
II	69 - 81		73 -100
III.	82 - 90		101 -120
IV.	91 -100		121 -140

TESTUL CUBURILOR KOHS

Subiecţi BAIEŢI (1.424), 5-7 ani

NOTE BRUTE		NOTE PONDERATE	
Media aritmetică: 79,98		Media aritmetică: 92,92	
DECILE:			
1.	0 - 53		0 - 58
2.	54 - 64		59 - 65
3.	65 - 71		66 - 77
4.	72 - 77		78 - 88
5.	78 - 81		89 - 97
6.	82 - 84		98 -106
7.	85 - 88		107 -115
8.	89 - 91		116 -121
9.	92 - 96		122 -128
10.	97 -100		129 -140
QUARTILE:			
I.	0 - 68		0 - 71
II.	69 - 81		72 - 97
III.	82 - 89		98 -118
IV.	90 -100		119 -140

Preferăm metoda decilo-quartilică de etalonare (4), nu numai pentru faptul că majoritatea cercetătorilor şi studiilor consacrate testului cuburilor Kohs o folosesc.Deşi, recunoaştem că este mai dificilă şi minuţioasă, laborioasă şi solicită timp mai îndelungat şi calcule suplimentare; ea ne oferă, pentru scopul propus, informaţii mult mai bogate şi mai eficientă posibilitate de apreciere a „capacităţii generale mintale".Desigur,pe baza notelor brute se pot realiza etaloane şi prin alte metode (distribuţie normală în 7 clase, stanine), care în esenţă exprimă aceleaşi coordonate de apreciere clasică.

In ceea ce priveşte condiţiile statistice, testul cuburilor Kohs, pe eşantionul investigat de noi, le întruneşte pe deplin (valoarea psiho-genetică a testului, condiţii educative şi instructive omogene ale copiilor, număr egal de fete şi băieţi).

După aplicarea în întregime a testului cuburilor Kohs se transformă atît notele brute cît şi notele ponderate, după aceleaşi reguli, potrivit etaloanelor respective, în note etalonate.

In principiu, nota etalon (decil şi quartil) se obţine

prin transformarea notelor brute şi ponderate introduse în limita intervalelor cifrice-etalon.

Nota standard, potrivit normelor statistice ale alcătuirii unei baterii de teste, s-a realizat numai pentru punctajul brut obţinut la testul cuburilor Kohs. Nota standard are valoare numai în cazul aplicării întregii baterii de teste „L.S.M.S.I.", deoarece suma notelor standard ale fiecărui test ne oferă Q.I. pe care noi îl integrăm în Q.D. (coeficientul de dezvoltare). Procedeul de transformare a notelor brute în nota standard nu este dificil. Ca şi în cazul transformării în decile şi quartile, notele obţinute se raportează la notele standard (de la 0 la 20).

TESTUL CUBURILOR KOHS

Transformarea notelor brute în note standard

SUBIECTI FETE		SUBIECTI BAIETI
Note standard	Note brute	Note brute
1.	0 - 25	0 - 25
2.	26 - 52	26 - 53
3.	53 - 58	54 - 58
4.	39 - 64	59 - 64
5.	65 - 67	65 - 67
6.	68 - 71	68 - 71
7.	72 - 74	72 - 74
8.	75 - 77	75 - 77
9.	78 - 79	78 - 79
10.	80 - 81	80 - 81
11.	82 - 83	82
12.	84 - 85	83 - 84
13.	86	85 - 86
14.	87 - 88	87 - 88
15.	89 - 90	89
16.	91 - 92	90 - 91
17.	93 - 94	92 - 93
18.	95 - 96	94 - 96
19.	97 - 98	97 - 98
20.	97 -100	99 -100

O altă informaţie introdusă de noi în fişa de înregistrare a rezultatelor la testul cuburilor Kohs, este curba de distribu-

tie pe modele după acordarea notelor brute.

Această curbă are menirea a oferi „vizualizat" şi sintetic evoluţia construcţiei de către copil a fiecărui model din cuburi; distribuţia curbei după notele brute arată capacitatea subiectului de reuşită sau insucces, în funcţie de gradul de ajutor şi timp; se pot urmări dificultăţile pe fiecare model (sau modele grupate) şi ţinîndu-se seama de particularităţile modelelor se poate interveni acolo unde se constată deficitul, stabilindu-se şi natura lui (prin probe suplimentare verbale sau neverbale).

Realizarea curbei grafice este uşor de realizat: în funcţie de nota brută (orizontal) obţinută pe fiecare model (vertical) se uneşte punctul din mijlocul careului corespunzător (nota şi model) în ordinea modelelor (de la 1 la 10). Curbele obţinute au contururi diferite în funcţie de realizările copilului, dar şi de dificultăţile pe care le prezintă. Important este faptul că o astfel de înregistrare a rezultatelor la testul cuburilor Kohs ne permite să individualizăm elementele de psihodiagnostic şi să intervenim direct în precizarea unor condiţii de învăţare şi exercitare a funcţiilor operative ale gîndirii.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1.Cosmovici N.,Cosmovici Maria: Elemente operative ale gîndirii la copilul de 3-7 ani, în vol.Relaţiile interdisciplinare ale psihiatriei, Iaşi,1975.

2. Preda V.: Calităţi şi limite ale testului Kohs-Goldstein ca mijloc de diagnostic al întîrzierii mintale, Univ. Babeş-Bolyai,1972.

3.Roşca Mariana: Metode de psihodiagnostic, Ed.Didactică şi Pedagogică,Bucureşti,1982.

4.Smith M.G.: Ghid simplificat de statistică,Ed.Didactică şi Pedagogică Bucureşti,1971.

5. X X X Cubes de Kohn,Edidions scientifique et psychotechnique, Paris,1969.

6. X X X Ghid pentru aplicarea bateriei experimentale privind nivelul de dezvoltare intelectuală a copiilor de 6-10 ani - uz intern- Centrul de documentare şi publicaţii al Ministerului Muncii,Bucureşti,1974.

7. X X X Ghid pentru aplicarea bateriei experimentale de triere a deficienţilor mintali (BTDM-72),uz intern,Bucureşti 1974.

8. X X X Manual.Test de cubes de Kohs,Les éditions CPA.1972.

EMERGENTA (IMPLEMENTAREA) PSIHOTERAPIEI IN CLINICA DE PSIHIATRIE (UN MODEL DE CERCETARE PROPUS SI APLICAT LA SCOALA DE PSIHIATRIE DIN IASI)

T.PIROŻYŃSKI,N.COSMOVICI,V.PARASCHIV,MARIA COSMOVICI

Evaluarea rezultatelor terapeutice (medicamentoase şi psihoterapeutice) se realizează pe baze studiilor controlate, corespunzătoare unor repere standardizate metodologic minimal; în cazul de faţă, referinţa se adresează la Scala Hamilton pentru înregistrarea comensurabilă a intensităţilor trăirilor simptomatice, dar şi ca mijloc de evaluare a ameliorării medicamentoase şi psihoterapeutice prin experiment psihofarmaceutic în tratamentul depresiilor cu Amitriptilină şi Tryptizon, prin aşa zise „alianţă terapeutică" (6,8).

I.Metode de investigaţie şi cercetare

Pentru urmărirea eficienţei clinice a medicamentelor administrate, amitriptilina şi tryptizolul, în cazul depresiilor nevrotice şi de involuţie, am utilizat scala pentru depresie Hamilton şi în completare diferenţiata chestionarele DE-AN (depresie-anxietate)şi Am-Le (neurovegetativ)(1,7).

Scala de depresie Hamilton (HAMD -1960)(2,1o) s-a proferat în varianta cu 21 itemi (1o) (11 itemi în scalarea 4,10 itemi în scalarea 2, punctaj brut maxim 64, înjumătăţire punctaj scală ajungînd la 232). Admisibilitatea în loturile de cercetare s-a realizat începînd de la punctajul 20 brut (după Hamilton).

Intervalul de timp rezervat investigaţiei psihologice prin scalarea Hamilton a fost eşalonat şi divizat pe 4 timpi: O zile-10 zile -20 zile -30 zile, calculîndu-se pentru fiecare investigaţie (în unitate de timp) următorii parametru:

1. punctaj brut total la 21 itemi;
2. punctaj brut în scalarea 4;
3. punctaj brut saturat în scalarea 2;
4. punctaj brut nesaturat 1-3;
5. abaterea punctajului brut de la înjumătăţire test 32;
6. abaterea punctajului brut de la admisibilitatea în lotul de cercetare 20;
7. suma punctajului brut saturat 4 şi 2;
8. numărul itemilor extraşi din 21 care întrunesc valoarea 0.

Deci, fiecare pacient din eşantion a fost investigat prin scalarea Hamilton de 4 ori pentru înregistrarea stării şi intensităţii depresiei. Trebuie să menţionăm, pentru a sublicia obiectivitatea înregistrarii stării şi intensităţii depresive prin Scala Hamilton echipa a mai utilizat încă 2 scalări numai pentru timpul iniţial 0 (deci, numai o singură investigaţie),înainte de administrarea medicaţiei. Aceste scalări DE-AN (depresie-anxietate cu 40 itemi) şi Am-Le neurovegetativ cu 22 itemi) au întrunit punctaje saturate, în majoritate, plasîndu-se în deciziile 9 şi 10, ceea ce atestă corelaţia înalt semnificativă şi brut-modulară cu înregistrarea scalei Hamilton în ceea ce priveşte constatarea intensităţii stării depresive.

Numai înregistrarea şi constatarea intensităţii stării depresive necesită un număr de unităţi informative individuale şi eşantionizate destul de mare, fără a lua în consideraţie nici un fel de combinaţie calculativă statistică după strategia criteriilor şi formulelor consecrate.Unităţile informative de înregistrare individuală constatativă pentru fiecare pacient care intră în calculul statistic în diferite grupări sînt:

- 10 unităţi informative pentru anamneza psiho-socială;
- 21 simptome ale scalării Hamilton înregistrate de 4 ori în cele 4 unităţi de timp; deci, fiecărui pacient îi revin 94 de unităţi informative pe care le-am utilizat în calculele statistice; la nivel de eşantion sînt înregistrate 15.980 unităţi informative (aceasta fără să luăm în consideraţie calculabilă cele 62 unităţi informative individuale ale scalelor DE-AN şi Am-Le în valoare de 10.540).

Deci, prin această masă a întîmplărilor şi probabilităţilor" de acuze simptomatice depresive şi de notaţii „subiective-obiectivizate", apare necesitatea diminuării stării psiho-somatice de rău subiectiv evidenţiate prin calculele psiho-statistice realizate, care configurează o tendinţă reală optimizantă şi eficientă a medicaţiei, amitriptilină şi tryptizol în cadrul politerapiei stărilor depresive.

Cercetarea s-a desfăşurat pe o perioadă îndelungată de timp, cuprinzînd cele 4 anotimpuri (ianuarie-noiembrie),fiind omogenizată în standardizarea clinică şi simptomatică a notaţiei scalării Hamilton de către 2 psihologi.

Pentru a nu se micşora numărul de pacienţi pe forme de depresie diagnosticate în cadrul cercetării, consemnăm că am exa-

minat „în plus prin extragere de omogenizare a eşantionului" un număr de 23 pacienţi care nu au întrunit condiţiile convenţiei de cercetare:

a) - neîntrunirea punctajului brut de admisibilitate la scala Hamilton (sub 20 de puncte, 8 pacienţi);

b) - renunţarea la „tratament de cercetare" din considerente medicale prin asociere de efecte secundare şi de diagnostic diferenţial, neînregistrîndu-se stări subiective de ameliorare (6 pacienţi);

c) abandonarea medicaţiei prin externare „fortuită" din spital (9 pacienţi).

II. Structura eşantionului investigat

Eşantionul experimental luat în cercetare psihofarmacologică a fost format din 170 pacienţi, internaţi în spital pe o durată de 30 zile, cît necesita medicaţia şi investigaţiile clinice de laborator (inclusiv psihoterapia). Vîrsta de admisibilitate în studiu a fost cuprinsă între 20 şi 60 de ani, după ce în prealabil a fost stabilit diagnosticul medical referenţial de depresie, în funcţie de simptomatologia clinică dominantă în: depresie nevrotică şi depresie de involuţie.

Eşantionul investigat a cuprins 2 forme fundamentale ale depresiei: depresie nevrotică, în care s-a inclus un număr de 80 pacienţi şi depresie de involuţie, în care s-a inclus un număr de 90 pacienţi. După tipul de medicaţie, s-au administrat, două medicamente antidepresive: amitriptilină şi tryptizol; aceste două grupări după forma depresiei (80 şi 90 pacienţi) se pot raporta în delimitarea iniţială şi stabilă a cercetării în patru loturi astfel:

1. Lot A, depresie nevrotică, amitriptilină, cuprinde 40 pacienţi;

2. Lot T, depresie nevrotică, tryptizol, însumînd 40 pacienţi;

3. Lot A_1, depresie de involuţie, amitriptilină, incluzînd 40 pacienţi;

4. Lot T_1, depresie de involuţie, tryptizol, selectînd 40 pacienţi.

Precizăm această structură bazală a studiului experimental psihofarmacologic: (număr de pacienţi: 170 = 80+90; 40+40+45+45; forma depresiei: nevrotică şi de involuţie; tipul de me-

dicaţie: amitriptilină şi tryptizol), deoarece constituie însăşi esenţa lui, care permite constatarea evoluţiei tratamentului, precum şi a interpretării rezultatelor în dinamica altor parametri importanţi: vîrsta,sex etc.

Ceea ce este sesizabil, convingător şi semnificativ, este faptul că în decada 6 sînt aglomeraţi pacienţii depresivaţi, iar în decada 3, prezenţa lor este tolerabilă, fără a se permanentiza ciclic endo/exogen, decît prin reacţii de impas existenţial, eşec cognitiv conjunctural, conjugopatie de acces sau de refugiu dependent de răspundere autosocială.De aceea, în această decadă, reprezentarea pe sex nu este diferenţiată mult (10 femei şi 8 bărbaţi, 5,88% + 4,7% =10,58%, rotunjit =11%).In schimb, în celelalte 3 decade (4,5,şi 6) diferenţierea pe sex este semnificativă,raportul fiind peste 2 la 1, femei/bărbaţi; dar ceea ce surprinde este constanta pacienţilor ca reprezentare numerică, bărbaţi şi femei în cele 3 decade.Aceasta, cu atît mai mult cu cît cei 2 parametri,sexul şi vîrsta (între 20 şi 60 ani), nu au fost condiţionaţi sau „aranjaţi" operaţional, ci prezintă un caracter cu totul aleatoriu cum va reieşi din diversificarea rezultatelor constatate statistic.

Nu este lipsită de importanţă şi prezentarea succintă a altor parametri.Astfel, mediul de proveniență al pacienţilor raportat la eşantion este 107 din urban şi 63 din rural, raportul aproximativ este de 2 la 1 (70 femei,urban şi 46 femei,rural; 37 bărbaţi,urban şi 17 bărbaţi rural).

Se remarcă o preponderenţă a pacienţilor din decada 5 şi 6, provenind din mediul rural.

Referitor la structura familială, parametru central de interrelaţii şi sanogeneză, constatăm la nivel de eşantion că: 140 pacienţi (93 femei şi 3 bărbaţi) sînt necăsătoriţi, din decade 3 şi 4 de vîrstă; 15 pacienţi sînt divorţaţi-despărţiţi (11 femei şi 4 bărbaţi), din decade 3 şi 6 de vîrstă, iar 6 pacienţi sînt văduve (decade 5 şi 6 de vîrstă).Tot în decadele 5 şi 6 sînt amplasaţi pacienţii cu mai mulţi copii; la nivel de eşantion, numai 16 pacienţi(8 femei şi 8 bărbaţi) nu au copii, la care adăugăm şi cei 9 pacienţi necăsătoriţi (deci,25 pacienţi), ceea ce înseamnă că fiecărui pacient îi revine în medie „de familie" cîte 2-3 copii.Aceşti parametri sînt prezentaţi în raporturile dintre sex, forma depresiei şi tipul de me-

dicaţie,exprimate prin tipologia lotului (forma depresiei şi tipul de medicaţie).Tipologia lotului (A,T,A_1,T_1) poate fi diferenţiată şi la decadele de vîrstă, astfel încît,loturile A şi T corespund decadelor de vîrstă 3 şi 4 (respectiv,depresiei nevrotice), iar loturile A_1 şi T_1 corespund decadelor de vîrstă 5 şi 6 (respectiv, depresiei de involuţie).

Vechimea în muncă,alt parametru important anamnestic, care configurează potenţialul psihic şi de randament individual actual, impregnînd „duritatea" depresiei - se referă numai la 128 pacienţi (78 femei şi 50 bărbaţi); diferenţa de 42 pacienţi reprezintă activitatea profesionalizată agricol în mediul rural. Se constată evidente diferenţe de medii între loturi (femei: A=13,3; T=2,6; A_1=19,03; T_1=24,38; bărbaţi: A =14;,T=18,8; A_1= 28,08; T_1=26,7), în care predomină vechimea - cum e şi firesc - în decadele de vîrstă 5 şi 6, chiar dacă diferenţele pe sex nu sînt mari: 17,3 femei şi 21,06 bărbaţi.

Doi parametri interesanţi, direct de luat în considerare, chiar la nivel de eşantion şi sex, internările anterioare în spital de structura aceluiaşi diagnostic şi concediile medicale în ultimele 6 luni sînt antrenaţi direct în dependenţa eficienţei medicamentoase şi psihoterapeutice.

Internările anterioare în spital pe structura aceluiaşi diagnostic- depresie - sînt semnificative, reprezentînd un raport de 2 la 1, astfel: 61 pacienţi (37 femei şi 24 bărbaţi) sînt internaţi pentru prima oară, iar 109 pacienţi (79 femei şi 30 bărbaţi) sînt înregistraţi cu mai mult de 2 internări (internări repetate, unele ciclice şi chiar dependente).

Concediile medicale în ultimele 6 luni sînt limitate numai la 48 pacienţi (28 femei, media =30; 20 bărbaţi,media=21),la cei cu mai multe internări, avînd o medie de 26 zile.

Alţi doi parametri psihosociali, pe care i-am înregistrat sînt: nivelul de şcolarizare şi activitate profesională, parametri importanţi pe structura cărora se grefează intra şi interrelaţiile onto-cognitive şi care, în cazurile cercetate nu influenţează simptomatologia depresiilor pe fondul individual de personalitate şi de comprehensiune.

Nivelul de şcolarizare l-am înregistrat, delimitîndu-l în 4 grupe: studii superioare,liceale,8 şi 10 clase şi calificarea prin şcoala profesională, 4-8 clase şi profesionalizare la locul de muncă. Aceste delimitări au reieşit din însăşi structura

eşantionului investigat astfel: 14 pacienţi (4 femei şi 10 bărbaţi) au studii superioare; 36 pacienţi (23 femei şi 13 bărbaţi) cu studii liceale; 25 pacienţi (19 femei şi 6 bărbaţi) au pregătire şcolară de 8-10 clase şi calificare prin şcoală profesională (1-2 ani) 95 pacienţi (70 femei şi 25 bărbaţi) au ca pregătire şcolară 4-8 clase şi calificare la locul de muncă.Se constată predominarea pacienţilor din ultima grupare de şcolarizare, provenind majoritatea din mediul rural şi din decadele de vîrstă 5 şi 6 (67 pacienţi: 52 femei şi 15 bărbaţi).

In ceea ce priveşte nivelul de profesionalizare, acesta este strîns legat şi dependent de nivelul de şcolarizare, delimitîndu-l în două categorii: activitate de servicii,40% (de tipul: gestionar, contabil,ospătar) şi activitate productivă,60%(de tipul: agricultor,sudor,ţesătoare).Remarcăm la activitatea productivă predominanţa prevenirii pacienţilor din mediul textil şi agricol.

Consemnarea, uneori,minuţioasă, a elementelor şi parametrilor de anamneză psiho-socială statistică (proveniența de mediu, structura familială, vechimea în muncă, internări anterioare, nivel de şcolarizare şi profesionalizare, pe lînga vîrstă şi sex), la nivel de eşantion şi diferenţiat de sex, are semnificaţia unei adresabilităţi populaţionale eterogene modificată psihic în sensul unei perturbări marcate de activitate cu un randament productiv individual şi social scăzut, care poate beneficia satisfăcător în completarea medicaţiei şi de alte forme terapeutice referitoare la mediul ambiental prin individualizarea, gruparea şi optimizarea politerapiei.

După criteriul stării formei depresive, de asemeni nu constatăm diferenţe semnificative între depresia nevrotică (18,68%) şi depresia involutivă (19,70%), decît de 1,02%, ceea ce este o diferenţă neglijabilă în ceea ce priveşte eficienţa medicaţiei.

După criteriul de sex , constatăm o eficienţă semnificativă la femei (27,24%) faţă de bărbaţi (14,16%), deci cu o diferenţă (avantaj) de 16,07% (dar să nu uităm că numărul pacientelor femei este dublu şi mai mult, faţă de pacienţii bărbaţi), nerelevîndu-se diferenţe de medicaţie.

Remarcăm şi sub formă procentuală confirmarea ipotezelor şi supoziţiilor cercetării experimentale, de ameliorare evidentă sub medicaţie (amitriptilină şi tryptizol) a stărilor depresive nevrotice şi de involuţie.

In cazul investigaţiei şi cercetării prezente, elementele celor „două eşantioane" sînt asociate două cîte două şi, ca atare, am procedat la stabilirea diferenţelor care apar la fiecare pereche de date asociate, corelate (deci, diferenţa dintre timpul 0 şi timpul 3, pentru fiecare pacient, la scala Hamilton). Elementele celor două eşantioane reprezintă de fapt elementele aceluiaşi grup de pacienţi sub forma de variabile de performanţă.

Avînd în vedere că numărul de pacienţi este mai mic de 30, în cadrul fiecărui lot, diferenţiat pe sex şi mai mic de 60 raportat la fiecare lot, calculele statistice pentru determinarea lui „t" le-am realizat după formulele selecţiilor de volum mic, corelate aşa cum le prezentăm, ca rezultate de etape în tabelul de mai jos: (9,11).

III. Valori reale şi transformate ale variabilei „t" „student"

Nr. pacienţi	Sex	Media diferenţe	Abaterea standard	Eroarea standard	T real	T rotunjit	T raportat la p
		Depresie nevrotică - Amitriptilină					
23	F	19,60	4,58	0,98	20	20	t)2,81p=0,01
17	B	13,70	3,60	0,9	15,22	15	t)2,92p=0,01
40	M	17,1	3,87	0,62	27,5	27	t)2,71p=0,01
		Depresie nevrotică - Tryptizol					
27	F	19,51	6,92	1,35	14,45	14	t)2,78p=0,01
13	B	17,84	8,54	2,46	7,25	7	t)3,06p=0,01
40	M	18,97	7,28	1,16	16,35	16	t)2,71p=0,01
		Depresie involutivă - Amitriptilină					
31	F	17,96	5,74	1,04	17,26	17	t)2,75p=0,01
14	B	15,5	5	1,38	11,23	11	t)3,01p=0,01
45	M	17,2	5,65	0,85	20,23	20	t)2,69p=0,01
		Depresie involutivă - Tryptizol					
35	F	15,4	8,88	1,52	10,13	10	t)2,72p=0,01
10	B	17,8	6	2	8,9	9	t)3,25p=0,01
45	M	15,93	8,36	1,26	12,64	13	t)2,69p=0,01

Intre cele două ipoteze, specifică de cercetare şi în mod temeinic justificată, care antrenează întregul demers constatativ şi comentativ şi anume că amitriptilina şi tryptizolul sînt medicamente care ameliorează stările depresive nevrotice şi de

involuţie şi ipoteza nul întîmplătoare, statistică, chiar dacă o admitem provizoriu, trebuie numaidecît să determinăm şansele sau probabilitatea ca rezultatele obţinute să se bazeze numai pe „legile întîmplării", care, în ultimă instanţă, sînt studiate în probabilitate unde valorile sînt cuprinse între 0 şi 1, iar procentul între 0 şi 100%.

In genere, cum este cunoscut, se acceptă ca semnificative rezultatele cu şansele de a se produce prin simpla întîmplare numai într-un număr foarte mic de cazuri (sub 5% din cazuri, deci,p) 0,01 ori, în investigaţia şi cercetarea realizată, pragul de semnificaţii este foarte mic ca risc.Dar ceea ce este important şi nu surprinzător este tocmai verificarea ipotezei nul şi anume că, în toate cele 12 probabilităţi (indiferent de lot, grupe,sex,medicamente) p=0,01, ceea ce înseamnă că riscul „eşecului" este de 1% şi că rezultatele,diferenţele dintre medii sînt „puternic semnificative şi statistic", nepunîndu-se la îndoială valoarea ameliorativă a medicamentelor.

Ca o particularitate a valorilor lui „t" calculate de noi, constă în faptul că „t" este mai mare decît valorile aflate în tabela lui Fisher pentru p=0,01. Dar această particularitate (vezi valorile lui t real, rotunjit şi raportat) nu comportă nici un fel de amendament sau circumstanţa, ci, dimpotrivă este situaţia cea mai bună care poate fi întîlnită.Deci, ipoteza nul este infirmată, ceea ce înseamnă că media diferenţelor este semnificativ diferită de zero, consolînd ipoteza specifică de eficienţă a medicaţiei - amitriptilină şi tryptizol - în stările depresive nevrotice şi involutive.

In relaţiile verbale conversative (totuşi,limbajul reprezintă canalul de comunicare cel mai eficace,firesc şi natural, intraculturalizat şi aplicat) - pe schema itemizată a scalei s-a moderat cordialitatea,autenticitatea şi empatia examinatorului, scontîndu-se astfel pe captarea afectivă a pacientului şi dezinhibarea relatărilor propriilor sale trăiri, dar evitîndu-se dependenţe şi supunerea antrenîndu-se astfel şi „aleatorizarea spontană" a ameliorării (vindecării) în cadru dirijat afectiv-cognitiv.

S-au luat în considerare şi au fost astfel examinate trei dimensiuni principale: variabile privind pacientul,tratamentul şi variabilele relative la situaţia, pe care le-am racordat la "internalizare şi identificare",ţinînd seama că pacienţii erau

autentici iar tratamentul expresiv şi mascat.Ameliorările simptomatice şi chiar structurale sînt mai numeroase în condiţiile „standard individualizat",decît cele spontane; în situaţiile variabilelor diagnosticului clinic.

Nu este vorba de o dualitate terapeutică, ci dimpotrivă de o alianţă şi diadă terapeutică, bifocală,fără pretenţii hegemonice în funcţie de variabilele individuale ale pacientului,utilizîndu-se psihofarmacologia în politerapie (mai ales în psihoterapia cognitivă) în vederea reorganizării psihodinamice a „economiei psihice" în scopuri recuperatoare.

Utilizînd reperele şi principiile psihoterapiei cognitive (3,5) (triada, scheme şi distorsiuni) în combinare cu administrarea de amitriptilină şi tryptizol, după diferenţierile menţionate şi evaluarea pe cei 21 itemi ai eficienţei medicamentoase, am realizat în 4 reprize de evaluare (0-10-20-30, de fapt, desfăşurarea proceselor psihoterapeutice), efectele psihoterapiei cognitive,constrînse la cei 7 factori primari ai depresiei (după forma depresiei,numărul de reprize,diferenţiat pe sex şi mixt, după forma administrării medicamentoase), în cele 9 tabele anexe ale lucrării, din care desprindem următoarea configuraţie a eficienţei (global mixt):

1.Somatizare - 16%;
2.Variaţii diurne ale dispoziţiei - 29%;
3.Tulburări de somn.
a) - insomnie iniţială - 66%;
b) - insomnie nocturnă - 75%;
c) - insomnie matinală - 70%;
4. Scăderea din greutate - 46%;
5. Dificultăţi de înţelegere - 44%;
6. Dispoziţia depresivă - 43%;
7. Anxietatea psihică - 30%.

Delimitînd în cei doi superfactori,depresia vegetativă are un indice de evaluare favorabilă de 50%,în timp ce depresia cognitivă de 40%.

Aceste evaluări - vezi şi anexele - a medicamentelor şi psihoterapiei,prin alianţă farmacoterapeutică,în context clinic, dar mai ales postcură, au valoare eficientă în restabilirea echilibrului psihic şi a recuperabilităţii în funcţie de structura personalităţii pacientului şi a intervenţiei psihoterapeutice cognitiv-comportamentel-efective.

TABEL Nr.1 – Somatizare

Depresie nevrotică						
A	0	10	20	30	Diferență	Procentaj
F	30	26	24	22	- 8	16,32%
B	19	18	18	15	- 4	8,16%
M	49	44	42	37	- 12	24,48%
T						
F	35	35	29	28	- 7	15,21%
B	11	9	9	9	- 2	4,34%
M	46	44	38	37	- 9	19,56%
Depresie involutivă						
A_1						
F	62	57	56	55	- 7	8,13%
B	24	24	20	19	- 5	5,81%
M	86	81	76	74	- 12	13,95%
T_1						
F	62	58	55	55	- 7	8,97%
B	16	16	15	15	- 1	1,28%
M	78	74	70	70	- 8	10,25%
A și T =Depresie nevrotică						
F	65	61	53	50	- 15	15,78%
B	30	27	27	24	- 6	6,31%
M	95	88	80	74	- 21	22,10%
A_1 și T_1= Depresie involutivă						
F	124	115	111	110	- 14	8,53%
B	40	40	35	34	- 6	3,65%
M	164	155	146	144	- 20	12,19%
Total eșantion						
F	259	243	226	218	- 41	12,46%
B	70	67	62	58	- 12	3,64%
M	329	210	288	276	- 53	16,10%

TABEL Nr.2 - Variatii diurne ale dispozitiei

Depresie nevrotică						
A	0	10	20	30	Diferență	Procentaj
F	28	25	23	21	- 7	14,28%
B	21	19	15	14	- 7	14,28%
M	49	44	38	35	-14	28,56%
T						
F	33	32	29	24	- 9	17,30%
B	19	17	15	13	- 6	11,53%
M	52	49	44	37	-15	28,84%
Depresie involutivă						
A_1						
F	42	38	37	33	- 9	15,25%
B	17	14	14	10	- 7	11,86%
M	59	52	51	43	-16	27,11%
T_1						
F	47	41	36	34	-13	20,96%
B	15	14	11	11	- 4	6,45%
M	62	55	47	45	-17	27,41%
A și T = Depresie nevrotică						
F	61	57	52	45	-16	15,53%
B	42	36	30	27	-15	14,56%
M	103	93	82	72	-31	30,09%
A_1 și T_1 = Depresie involutivă						
F	89	79	73	67	-22	18,18%
B	32	28	25	21	-11	9,09%
M	121	107	98	88	-33	27,27%
Total eșantion						
F	150	136	125	112	-38	16,96%
B	74	64	55	48	-26	11,60%
M	224	200	180	160	-64	28,57%

TABEL Nr.3 - Insomnie inițială

Depresie nevrotică

A	0	10	20	30	Diferență	Procentaj
F	40	29	19	16	- 24	34,78%
B	29	18	16	9	- 20	26,98%
M	69	47	35	25	- 44	63,76%
T						
F	47	33	21	15	- 32	46,37%
B	22	15	13	9	- 13	18,84%
M	69	48	34	24	- 45	65,21%

Depresie involutivă

A_1						
F	62	44	33	21	- 41	47,12%
B	25	16	12	9	- 16	18,39%
M	87	60	45	30	- 57	65,51%
T_1						
F	67	45	34	23	- 44	50,57%
B	20	14	6	6	- 15	17,24%
M	87	59	40	28	- 59	67,81%

A și T = Depresie nevrotică

F	87	62	40	31	- 56	40,57%
B	51	33	29	18	- 33	23,91%
M	138	95	69	49	- 89	64,49%

A_1 și T_1 = Depresie involutivă

F	129	89	67	44	- 85	48,85%
B	45	30	18	14	- 31	17,81%
M	174	119	85	58	- 116	66,66%

Total eșantion

F	216	151	107	75	-141	45,19%
B	96	63	47	32	- 64	20,51%
M	312	214	154	107	-205	65,70%

Scanned with OKEN Scanner

TABEL Nr.3(cont.) - Insomnie nocturnă

Depresie nevrotică

A	0	10	20	30	Diferenta	Procentaj
F	41	29	15	11	- 30	43,47%
B	28	20	15	11	- 17	24,53%
M	69	49	30	22	- 47	68,11%
T						
F	47	32	20	9	- 38	58,48%
B	18	10	10	4	- 14	21,[illegible]%
M	65	42	30	13	- 52	80%
	Depresie involutivă					
A_1						
F	57	38	27	15	- 42	61,21%
B	25	17	9	7	- 18	21,95%
M	82	55	36	22	- 60	73,17%
T_1						
F	66	50	33	15	- 51	60%
B	19	13	6	4	- 15	17,64%
M	85	63	39	19	- 66	77,64%
	A şi T = Depresie nevrotică					
F	88	61	35	20	- 68	50,74%
B	46	30	25	15	- 31	23,13%
M	134	91	60	35	- 99	73,88%
	A_1 şi T_1 = Depresie involutivă					
F	123	88	60	30	- 93	55,68%
B	44	30	15	11	- 33	19,76%
M	167	118	75	41	-126	75,44%
	Totsl eşantion					
F	211	149	95	50	-161	53,48%
B	90	60	40	26	- 64	21,26%
M	301	209	135	76	-255	74,75%

Scanned with OKEN Scanner

TABEL Nr.3 (cont.)= Insomnii matinale

	Depresie nevrotică					
A	0	10	20	30	Diferență	Procentaj
F	40	27	21	11	- 29	46,64%
B	28	26	17	11	- 17	25%
M	68	53	38	22	- 46	67,64%
T						
F	50	34	17	9	- 41	57,74%
B	21	12	10	6	- 15	21,12%
M	71	46	27	15	- 56	78,87%
	Depresie involutivă					
A_1						
F	56	43	32	21	- 35	43,75%
B	24	16	14	8	- 16	20%
M	80	59	46	29	- 51	63,75%
T_1						
F	67	51	33	23	- 44	50,57%
B	20	15	7	4	- 16	18,39%
M	87	66	40	27	- 60	68,96%
	A și T = Depresie nevrotică					
F	90	61	38	20	- 70	50,35%
B	49	38	27	17	- 32	23,02%
M	139	99	65	37	-102	73,39%
	A_1 și T_1= Depresie involutivă					
F	123	94	65	44	- 79	47,30%
B	44	31	21	12	- 32	19,16%
M	167	125	86	56	-111	66,47%
	Total eșantion					
F	213	155	103	64	-149	48,69%
B	93	69	48	29	- 64	20,91%
M	306	224	151	93	-213	69,60%

TABEL Nr.4 - Scăderea din greutate

Depresie nevrotică						
A	0	10	20	30	Diferență	Procentaj
F	21	21	19	16	- 5	14,70%
B	13	13	13	10	- 3	8,82%
M	34	34	32	26	- 8	23,52%
T						
F	31	26	19	14	-17	36,95%
B	15	9	8	5	-10	21,73%
M	46	35	27	19	-27	58,69%
Depresie involutivă						
A_1						
F	37	31	25	19	-18	33,33%
B	17	16	14	12	- 5	9,25%
M	54	47	39	31	-23	42,59%
T_1						
F	36	32	30	15	-21	45,65%
B	10	9	8	6	- 4	8,69%
M	46	41	38	21	-25	54,34%
A şi T = Depresie nevrotică						
F	52	47	38	30	-22	27,50%
B	28	22	21	15	-13	16,25%
M	80	69	59	45	-35	43,75%
A_1 şi T_1 = Depresie involutivă						
F	73	63	55	34	-39	39%
B	27	25	22	18	- 9	9%
M	100	88	77	52	-48	48%
Totel eşantion						
F	125	110	93	64	-61	33,88%
B	55	47	43	33	-22	12,22%
M	180	157	136	97	-83	46,11%

TABEL Nr.5 - Dificultăți de înțelegere

Depresie nevrotică

A	0	10	20	30	Diferență	Procentaj
F	26	21	16	15	- 11	24,44%
B	19	8	8	7	- 12	26,66%
M	45	29	24	22	- 23	51,11%
T						
F	21	17	15	9	- 11	33,48%
B	10	7	7	6	- 4	12,90%
M	31	24	22	15	- 15	48,38%
A_1	Depresie involutivă					
F	31	25	23	22	- 9	18,75%
B	17	12	11	9	- 8	16,66%
M	48	37	34	31	- 17	35,41%
T_1						
F	38	30	28	23	- 15	30,61%
B	11	8	7	6	- 5	10,20%
M	49	38	35	29	- 20	40,21%
	A și T = Depresie nevrotică					
F	47	38	31	24	- 23	30,26%
B	29	15	15	13	- 16	21,05%
M	76	53	46	37	- 39	51,31%
	A_1 și T_1 = Depresie involutivă					
F	69	55	51	45	- 24	24,74%
B	28	20	18	15	- 13	13,40%
M	97	75	69	60	- 37	38,14%
	Total eșantion					
F	116	93	82	69	- 47	27,16%
B	57	35	33	28	- 29	16,76%
M	173	128	115	97	- 76	43,93%

TABEL Nr.6 - Dispoziţie depresivă

	Depresie nevrotică					
A	0	10	20	30	Diferenţă	Procentaj
F	79	61	46	38	- 41	32,28%
B	48	41	36	27	- 21	16,53%
M	127	102	82	65	- 62	48,81%
T						
F	90	75	52	52	- 38	29%
B	41	30	26	17	- 24	18,32%
M	131	105	72	69	- 62	47,32%
	Depresie involutivă					
A_1						
F	116	100	86	72	- 44	26,82%
B	48	41	33	28	- 20	12,19%
M	164	141	119	100	- 64	39,02%
T_1						
F	126	108	90	75	- 51	32,07%
B	33	27	23	21	- 12	7,54%
M	159	135	113	96	- 63	39,62%
	A şi T = Depresie nevrotică					
F	169	136	98	90	-79	30,62%
B	89	71	62	44	-45	17,44%
M	258	207	160	134	-124	48,06%
	A_1 şi T_1 = Depresie involutivă					
F	242	208	176	147	- 95	29,41%
B	81	68	56	49	- 32	9,90%
M	323	276	232	196	-127	39,31%
	Total eşantion					
F	411	344	274	237	-174	70,74%
B	170	139	118	93	- 77	29,25%
M	581	483	392	330	-251	99,99%

TABEL Nr.7 - Anxietate psihică

Depresie nevrotică

A	0	10	20	30	Diferență	Procentaj
F	84	82	74	71	- 13	9,28%
B	56	55	52	51	- 5	3,57%
M	140	137	126	122	- 18	12,85%
T						
F	102	98	89	81	- 21	14%
B	48	45	42	40	- 8	5,33%
M	150	143	131	121	- 29	19,33%

Depresie involutivă

A_1						
F	116	114	108	101	- 15	9,31%
B	45	40	39	35	-10	6,21%
M	161	154	147	136	- 25	15,52%
T_1						
F	126	123	118	116	- 10	6,28%
B	33	32	30	29	- 4	2,51%
M	159	155	148	145	- 14	8,80%

A şi T =Depresie nevrotică

F	186	180	163	152	- 34	11,72%
B	104	100	94	91	- 13	4,48%
M	290	280	257	243	- 47	16,20%

A_1 şi T_1 = Depresie involutivă

F	242	237	226	217	- 25	7,81%
B	78	72	69	64	- 14	4,37%
M	320	309	295	281	- 39	12,18%

Total eşantion

F	428	417	389	369	- 59	70,16%
B	182	172	163	155	- 27	29,83%
M	610	589	552	524	- 86	99,99%

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Cosmovici N.,Chiriţă V.,Cosmovici Maria,Boişteanu P., Pirozynski T.: Corelaţii experimentale dintre simptomele clinice ale depresiei şi itemizarea la teste, în Rev.Med.Chir.Iaşi nr.1,1986, 137-141
2. Hamilton D.: Neurol.Psychiat.,1960,nr.23,56-62
3. Ionescu G.: Psihoterapie, Ed.St.Buc.1990.
4. Kielholz P.: La dépression masquée - Deutsche Arzte Verlag, Köln,1984
5. Pirozynski T., Chiriţă V.,Mungiu O.C., Boişteanu P.,Cosmovici N.,Luchian Magda: Studiu comparativ clinico-terapeutic asupra Clorhidratului de Amitriptilină (Tryptizol), în Rev.Med.Chir.,Iaşi nr.1,1989, 91-102.
6. Pirozynski T., Cosmovici N., Chiriţă V.,Luchian Magda, Pareschiv V.: Repere psiho-statistice experimentale în evaluarea eficienţei unor tratamente antidepresive.Amitriptilina şi Tryptizol, în depresii, în Elemente de psihopedogia handicapaţilor (coord. Verza E.)Buc.,1990.
7. Pirozynski T.(sub red.): Elemente de psihologie medicală şi logopedie,I.M.F.Iaşi,1988.
8. Predescu V.(sub red.): Terapia psihotropă.Ed.Medicală Bucureşti,1968.
9. Smith M.G.: Ghid simplificat de statistică pentru psihologie şi pedagogie.Ed.Didactică şi Pedagogică,Bucureşti,1971.
10. X X X Protocol for an open non Comparative triel with mianserin,Medical Services Dept.Organon International B.V.1982.
11. X X X Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DCM-III), Washington D.C.,1989.

Cuvinte cheie:

- Psihoterapie
- Cercetare clinică

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY
Present day Tendencies

— SUMMARIES —

Scanned with OKEN Scanner

I. REMEMBERING CONTRIBUTIONS TO PRESENTED DAY PSYCHOPATHOLOGY

PROFESSOR LEON BALLIF AND THE VOCATION OF A MEDICAL SCHOOL - "SOCOLA" SCHOOL -

by
T.PIROŻYNSKI

Professor Leon Ballif is presented as an act of knowledge necessary for our generations and the future ones for the contributions that formed the modern and lasting feature of a medical school of psychiatry which is being developed under the already consecrated name of "Socola" School.

Leon Ballif's work is analysed as a model of reference and the modern dinamics and of some permanent human and civic convinction. The prestigious scientific and medical personality was distinguished by essential contributions to the contemporary research of psycho-biology in pluridisciplinary fields with a great power of anticipation such as social psychiatry and mental hygiene. With a generous understanding he promoted the exchange of scientific opinions, of medical and scientific information, permanent collaborations that gave our medicine and psychiatry an international value. The authentic promotion of a medical school of psychiatry, the affirmation of valus of elevated anticipation and creativity made of Leon Ballif an expression of a durable contribution, civic and human, medical didactic and scientific as well.

Key words : medical school of psychiatry

REMEMBERINGS REGARDING EXPERTAL PSYCHIATRY IN IASI

by
GH.SCRIPCARU

The author refers at the humanistic and laic feature, of expertal value, during the historical past and the

modern and present day development of forensic psychiatry.

The author mentions the contribution brought about by the Bulletin of the Society and Physicians and Naturalists of Iaşi and of the Society of Neurology, Psychiatry, Psychology and Endocrinology of Iaşi, expressed even at the begining of our century by the valuable psychiatrists Lukaszewski and Braescu.

Original researches regarding the problems of medico-legal psychiatry refer to the publications of G.Bogdan, Maria Ropala in Iaşi, and to those of the School of "Socola" illustrated by P.Zosin, C.I.Parhon, I.Tarnoviceanu, N.Buzea. The message scientific of these researches is taken and developed by our school of psychiatry in Iaşi through which the fundamentation of forensic psychiatry, its diagnosis criteria, prevention and the contribution to the present day problems of projecting and achievement of medical humanism.

Key words : expertal psychiatry, forensic psychiatric criteria

VALENCES OF CLINICAL METHOD IN PSYCHOPATHOLOGY

by

T.PIROŻYŃSKI, N.COSMOVICI, V.PARASCHIV

This paper is a recall and a homage to the scientific activity of Vasile Pavelcu - professor and fellow of Romanian Academy - with special reference to his original contribution to the evolution of present clinical psychology towards psychopathology.

The sources of the Hippocratic thought, exemplified by an extremely faithful description and observation of some somatic and psychobehavioral syndromes, that serve as precursor model for the psychopathological clinical method, are mentioned.

The modern conception of applying the clinical methods in psychology is due to the contributions of Th.Ribot - J.Piaget - Vasile Pavelcu.

Vasile Pavelcu's work and scientific authority,

his constant interest in his co-workers'ideas and criticism and his remarkable sensitivity represent a creative model of clinical psychology for psychiatry which is promoted at our School of psychiatry at "Socola" in Iaşi.

Key words : Psychopathology, Clinical Methods

PSYCHOLOGICAL ASPECTS IN THE SCIENTIFIC ACTIVITY OF PROFESSOR LEON BALLIF

by

N.COSMOVICI, T.PIROŻYŃSKI

The authors present the complex scientific personality of Professor Leon Ballif within the dimension he promoted for clinical, experimental psychology and communitary psychopathology expressing a large receptivity and opening to problems whose premises have been developed by "Socola" School of Psychiatry.

Some of these aspects represent the model of medical exigence and anticipation in our contemporary activity we owe to the creators of the medical school of psychiatry of "Socola".

PROFESSOR LEON BALLIF - THE STUDY OF MALARIOTHERAPY AND NEUROTIC SYPHILLIS IN "SOCOLA" HOSPITAL OF IASI

by

C.POSTELNICU

During 1930 and 1960 Prof. Leon Ballif was the organizer and spiritus rector of the activities of clinical, methodological care and the research work regarding the study of malariotherapy and neurotic syphillis carried out in that epoch at the "Socola" Hospital of Iaşi, especially at the stationary of malariotherapy founded in 1927. His and his collaborators' activity was materialized in studies and papers communicated at

prestigious publications in our country and abroad out of which the author identified 21 refering to natural and experimental malaria, 17 on clinical problems, therapy and epidemiology of neurotic syphillis, 9 doctorate theses at the Medical Faculty of Iaşi and a doctorate thesis in medical sciences.

PROFESSOR LEON BALLIF'S SCIENTIFICAL CONTRIBUTION AS REFLECTED IN MEDICO - SURGICAL REVIEW OF IASI

by

M.E. BERLESCU

According to the high value of his scientifical work that touched various aspects of the medical research and practice, professor Leon Ballif is considered one of the creators of the "Socola" School of Psychiatry. Reading the published papers of Medico - Surgical Review of Iaşi, one can observe the complex study of the mental disorders cases. These ones were investigated as accurate as possible for finding some possible somatic disorders that could generate, interfere or could be generated by the mental pathology. This analytic way of study is also applyed nowdays in the scientifical activities of "Socola" Hospital. Professor Leon Ballif was interested in introduction and development of some specific treatments ways, that were developed on a very physiopathological bias. He knew to choose his collaborators and induced their specialization so some of them became well-known specialists and heads of some new departments. Professor Leon Ballif was convinced by the importance of promoting the results and opinia exchanges by scientifical publications, creating a very well nowdays represented tradition in "Socola" Hospital of Psychiatry.

II. PROJECTIVE CONVERGENCES AND OPTIONS IN CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY

PARADIGMS AND BIOETHICAL UNCERTAINTIES IN PSYCHIATRY

by

GH. SCRIPCARU, T.PIROŹYŃSKI

Approaching the general principles of bioethics principles whose origin may be found in the need of connecting medical thechnological advance to the principles of medical morals, the authors defined the peculierities of bioethical realities within the specific frame of psychiatric care delivery where the problems of human rights have been tackled more acutely than within other medical specialities.

The authors review the aspects of psychiatric bioethics as related with the human rights, bioethics confronted with the psychic noxex, bioethical borders of forensic psychiatric expertise, the research work in the field of psychiatry under ethical aspect as well as some peculiar occurances that confront psychiatry with bioethics : death care delivery, the care of suicide, human body as a means of evidence, pacient's right to selfdetermination in borderline situations (famine strike) secret in psychiatry etc.

The paper concludes with an attempt of bioethics management in psychiatry according to the example of some other States and Committees of Bioethics.

Key words : Psychiatry, bioethics.

VICTIMOLOGY AND THE ASPECTS OF MEDICAL RESPONSABILITY IN PSYCHIATRY

by

T. PIROŹYŃSKI

The paper presents the reference frame of victimology and the criteria of clinical investigations in psy-

chiatry by the situations by a given victimological report : the identification of a person or a group, aggressive sources and the consequences for the victim and the impact it produces. The author enumerates the clinical aspects within victims' sufferings and the multidisciplinary characteristic of the diagnosis and prognosis, a characteristic that settles down medical responsability of the psychiatric care delivery.

The dinamics of the victimological rate is analysed in various conditions of behavioural relationship between aggressors and their victims. The dinamic analysis of these behavioural relations as well as the analysis of the victimal risk contribute to and elaborate the victimological expertal competence, as well as the risk victimological/ factors in psychiatry.

The following aspects are analysed : a survey of the reference frame of victimology, victimology in psychiatry, the dinamics of victimology, a systemic analysis of victimal risk, victimological expertal competence in psychiatry.

Key words : victimology, medical responsability.

DEVIANCE AS POTENTIAL SOURCE OF ACTION OF SOME AGGRESSIVE CONDUCTS

by

T.PIROŻYŃSKI

For human condition aggressiveness may be expressed under various forms, often apparent and potentially converted as it may hold individual peculiarities as well as some reciprocally induced in group situations or with social extension. The actuality of the theme of the aggressive conducts comrises the dimension and the degree of understanding of deviance as a distinct state of mental health which we attribute to the contemporary psychiatry considered as an integrative medical episystem which is also anthropological and social. Clinical and relational psychopathology takes deviance as a "normal state" as to its functional expression for life itself in various meanings such as: abnorm, disharmonic, dissocial, accentuated perso-

nality, sociopathic anomic, behavioural disorders besides some others paradigms. The author analyses the actual sources of deviance in the individual aggressive conducts and in the socio-behavioural pathology in our relationships of life and their pathogenic effects for mental health.

Key words : deviance, aggressive conducts.

SOME ASPECTS OF RELATIONAL PSYCHOPATHOLOGY REGARDING THE POTENTIAL SOURCES OF AGGRESSIVE CONDUCTS

by

T. PIROŻYŃSKI

The author presents some aspects of relational psychopathology by clarifying some critical options and their significances regarding certain actual psychological, socio-cultural and anthropocultural concepts. In this respect are presented the following concepts : alienation, enstrangement, anomy, ethnopsychiatry, violence : they may be useful for the directioning and reflection on the aggressive conducts and the sense of aggressiveness in our contemporary world.

Key words : relational psychopathology, aggressive conducts.

PECULLIARITIES OF SOME ACTUAL INTERRELATIONS IN PSYCHIATRIC CARE DELIVERY

by

C. POSTELNICU, V. HRIMIUC

As clinical manifestation, predominantly individual, aggressiveness is of larger and larger interest for the institutional and communitary medico-psychiatrical care delivery. Within the spectrum of the aggressive manifestations observed within clinical relations lately the authors signal the problem

of the aggressiveness within the interrelations between physicisn (especially the psychiatrist) and the pacient, with or without psychic disorders. Here the psychiatrist becomes an object of aggressive manifestations, sometimes under a masked form, most of the times from persons in situations of difficulty of socio-professional integration who sublimate antiyatrist manifestations through a number of forms which are indicated to be explained in all situation in as concrete a manner as possible.

Key words : aggressiveness, antiyatrist manifestations

PSYCHOPROTECTIVE SIGNIFICANCES IN THE CARE OF INVOLUTIVE DEFFICIENCES

by

ELENA MONICA CHIRIAC, C.POSTELNICU, TH.HOROPCIUC, OLGA HOROPCIUC

In a number of 128 pacients of male sex with psycho-involutive defficiences admitted in our hospital during 1992 for the first time under the condition of a pavillion 82 persons have been investigated in their active age (55 - 65 years of age) and 46 at the age of retirement (66 - 91) for the actual causes of their request of medical care delivery.

The requests of care under the form of hospitalization were found to be imposed not only by factors of direct relevance but especially by the presence of certain social and family difficulties at the level of daily life as well as by actual difficulties in treating at home or in an institution some complex cummulative somato- visceral sufferings.

Key words : involutive sindrome, psychoprotection.

Scanned with OKEN Scanner

I I I . PRESENT DAY DIMENSIONS IN CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY

DEPRESSIONS : CURRENT AND CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL DIMENSIONS

by

T. PIROŻYŃSKI

Depression is mentioned, almost without exceptions, in the clinical psychopathology. By understanding its phenomenology, the modalities by which clinical diagnosis could determine the medical, physical and relational efficacy of a protective and rehabilitation care are realized.

The debates on the clinical criteriology of depressions are based on the difficulties and alternatives of medical diagnosis, ranging from the nosographic analyses of classical psychiatry to the current plurideminsional diagnosis in psychopathology. Thus, the relationship between the categorial and dimensional models makes ruling out the dichotomy between endogenous and exogenous feasible, and the character of the prevailing clinical aspect reveals its factoriality and its relational state. In this respect, the relational dimensions as well as the current aspects of psychophysiology are also considered. Dealing with these clinical aspects includes and states an extended model complex psychological tests, overall scales (holistic), listings for the depressive syndromes, scales with specific referral, questionnaires interview, scales for the psychopharmaceutic investigation (Hamilton's scale) and the clinical differential diagnosis (and of psychotherapeutic orientation).

A personal model, designed and validated at the Clinic of Psychiatry of Iaşi, for an anxiety scale, of psychopathologic, somatic and syndromic substance, is presented. It is insisted upon a correlative interpretation of the psychologieal investigations for a conceptual model with values enabling an utmost differentiation of the depressive syndromes.

The above comments and analysis support authors' clinical - therapeutical choice in the psychopathology of depres-

sions.

Key words : Depressions, Clinical Psychopathology

ANHEDONISM - CRITERIA AND DILEMMAS IN CLINICAL PSYCHOPATHOLOGY

by

T.PIROŻYŃSKI

The term Anhedonism belongs to Th.Ribot and within clinical psychopathology it refers to schizophrenic states, to depressive states and to the peculiarities of the disharmonic structures and some others that might be stated from now on.

To establish the sindromos may be done by pluridimensional, biomedical, pathobiographical criteria as well as by numerous scales standardized by psychodiagnosis or some other instrumental modalities used in clinical psychopathology.

According to the clinical considerations anhedonism is investigated as a fundamental symptom in schizophrenic states - in various types or forms of schizophreny - or as an inconstant symptom of them. Within depression it is investigated either as a fundamental symptom or as an inconstant symptom and within some features of personality under schizotypal and predepressive forms.

The complexity of this psychopathological form appears as one of the diagnosis criteria in DSM III, DSM-R, CIM- (and some others. It supposes a multimodal validation of biomedical aspects of different opinions which may be psychophysiologic or genetical, socio-cultural or even of comparative estimation of certain medical traditions which belong to an acquired clinical model.

Key wprds : Anhedonism, criteria in psychopathology.

PRESENT DAY ASPECTS OF DEPRESSIONS RESISTANT TO TREATMENT

by

GH.GRECU, MARIETA GRECU GABOS, I.GABOS GRECU

The objectives of this research regard the efficience of oral intakes and injections of antidepressives, combined or not with neuroleptics and convulsivo-therapy and some other means. The effects of this method were studied in a number of 286 pacients with depressions resistant to antidepressives intakes admitted in our clinic during 1980 - 1982.

The results established after 12 - 20 perfusions with antidepressives (also orally intakes combined with a sedative-anxiolitic neuroleptic) carried out during 20 - 30 days were ameliorations and healings in 60.4 %. The rest of 39.6 %, after the completion of the above mentioned method with 4-5 convulsiotherappies the results were good and very good in 93.3 % and only 6.7 % were unsatisfactorily.

The authors conclude that the perfusions and oral intakes of antidepressives, though with good results in 60.4 % of the cases did not manage to avoid the convulsiotherapy which remains an important therapeutic means especially with major depressions which are resistant to treatment and high suicidal risk.

Key words : resistant depressions, treatment

PRESENT DAY ASPECTS IN THE PSYCHOPATHOLOGY OF AGGRESSIVE CONDUCTS PREDOMINANTLY INDUCED BY ALCOHOLISM

by

P. BOISTEANU

The medical and statistical research of a sample of 200 cases consisting of adult persons with psychobehavioural precedents by etillyc intoxication admitted in the hospital

allowed the author to bring into relief the following aspects : an increased frequence of disbehaviour due to alcoholism in males and a variable incidence of alcoholism according to age and sex. It was concluded that family relations generate and entertain reactive disbehavioural episodes. The paper attempts to explain the processes that favour and trigger the deviant behaviours, as well as the effects of ethanolic intake. At the same time it identifies a cluster of personality features with a presence and evolution common to majority of the cases approached. The necessity of developing the analysis of personality features in alcoholics, the definition of the notions regarding the therapy of alcoholism, a pluridisciplinary approach of deviant behaviour due to alcoholism and the sociological criteria of estimation of the normal state and the usage of certain improved modalities of biogenetical, medical and neurochemical investigations able to clarify some relations regarding alcoholism and its risk.

Key words : alcoholism, aggressive conducts

BIOMEDICAL AND RELATIONAL FACTORS REGARDING PERMANENT VULNERABILITY ; STEPS TO A MULTIDIMENSIONAL APPROACH OF THE DEBUT IN SCHIZOPHRENY

by

R. ANDREI

The author presents some of the most important factors of environment which in an interaction with the inherited ones participate in triggering - under certain circumstances - of the acute psychic process.

The concept is focused on the hypothesis that the schizophrenics show a particular vulnerability characterized by a reduced capacity of metabolization of the complex information of both affective and cognitive order. This vulnerability, which is inherited according to all probabilities, may remain latent for a longer period or may have an early expression under a psychotic form, depending on the variety of environmental factors with an establishing or disestablishing role.

Key words: Debut in schizophreny, vulnerability factors

DEPRESSIONS : DIAGNOSIS, PSYCHO - PHARMACO - THERAPY AND PROPHILAXY

by

IOSIF GABOS GRECU, MARIETA GRECU GABOS

In the present paper the authors perform an analytic-synthetic study of various modalities and means of antidepressive therapy revealing at the same time the importance the four-directional investigation (sindrometic, phenomenological, relational and of nosological reference) holds for the diagnosis and selection of therapy.

Beside antidepressive chemiotherapy the oral intake and perfusion associated with some other psychothrops and therapeutic means, the value of other methods as stressed upon, such as : total or partial deprivation of sleep, electro-convulsio-therapy photo-therapy and the prophilaxy with Lithium, Carbamzepine and even antidepressive without neglecting the role of psychotherapy and other complementary therapeutic possibilities.

For the present depression is one of the psychic diseases with chances of being cured with the condition of their correct diagnosis and an adequate therapy.

Key words : depression, diagnosis, psycho-pharmaco-therapy

PSYCHOPATHIES AND SOME CLINICAL AND RELATIONAL ASPECTS

by

N. VLAD

The concept of psychopathy is presented in the historical significance of psychiatry with different options and standpoints that actively acts upon the description and classification, as well as the acceptance of the notion of personality - as a clinical value - with viewpoints on accentuated personality and on those that may constitute tendencies toward pathology. The dinamics of the development of psychopathic personality is descriptively and analytically analysed in its clinical cha-

Scanned with OKEN Scanner

racteristics out of which one can differentiate the structural behavipural elements and the elements of devient personality.

The perspectives of clinical and relational / psychopathology may offer - as elements of continuous research work - new points of view for the option of present day psychiatry.

Key words : psychopathies, personality

PSYCHOPATHOLOGICAL CONSIDERATIONS REGARDING SOME BEHAVIOURAL DISORDERS IN EPILEPSY

by
I. BERGHI, D. CHIRA, C. POSTELNICU

The authors intended to examine, on the basis of the dats in literature, the main psychopathological structures involved in the genesis of disbehavioural manifestations in epileptics. After differentiating within the population of pacients the subjects with neuronal paroxisms are associated with psychic disorders the psychopathological eases which initiate the inadequate behaviour according to the paroxistic evolution and the intercritical of transient characteristic or permanent of such disorders are analysed. The authors conclude on the necessity of differentiating the care delivery for the epileptics as regarded to his psychopathological peculiarities in view of providing them with certain efficient adaptative modalities, as well as of psycho-behavioural risk.

Key words : epilepsy, behavioural disorders.

POLYMORPHISM OF SELF - AND HETEROAGGRESSIVE CONDUCTS

by
T. PIROŻYŃSKI

The paper consists of the following aspects : some general considerations on self- and heteroaggressive conducts

that refers to the particular forms of personality involvment as aggressive reactions and attitudes that may become an alternative of the psychic strain in subjectivised existential critical situations. The limits, definition and methods mentioned by the author regard modern researches in the fields of sociology, statistics, epidemiology and psychiatry regarding the suicide, the terms used and the mechanisms confirmed as committed suicide. Present day psychiatry contributes to the peculiarities and the limits of the state of mental health and the polymorphism of self- and heteroaggressive conducts. The author also presents some pathogenic aspects and some semiological aspects of the suicide. The relations between selfaggressive and heteroaggressive conducts are presented on the basis of an interactional and comprehensive concept where the defensive and protection conducts implies and alternates with expressive forms of aggressiveness. The suicidal conducts hold a relational and psychopathological significance with risk factors, aspects of pathogeny and semiology and of preventive care as well as the protective promotion of certain moral and humanitary conditions.

Key words : aggressiveness, suicide.

SUICIDAL BEHAVICUR : INVESTIGATION AND CONCEPT OF MEDICO-LEGAL EPISTEMOLOGY

by

C. SCRIPCARU

Analysing a number of 3248 cases of lethaş suicide in a lo years period (1982 - 1991) in an area controled by the Medico-Legal Institute of Iaşi (Moldova), the authors analyse the frequency of the suicidal behaviour from the point of view of the marital state, age, sex, methods used, etc, trying to find the risk factors, the motivation of the suicidal act, the prediction of the suicidal behaviour, all being elements which may lead to a special health programme for the prevention of suicide.

Key words : suicide, forensic epistemology

Scanned with OKEN Scanner

CONSIDERATIONS ON CASES OF SUICIDE DURING 1.01. 1991 - 31. 12. 1992 (in the town of Iaşi and suburban communes)

by

R. ANDREI, MARIA ELENA SERBAN, MARICELA COMISU, P.BOISTEANU

The authors investigated cases of suicide recorded in the town of Iaşi and the suburban communes during 1. 01. 1991 and 31. 12. 1992. There were recorded 128 cases of suicide which represents 34.27 $^{oo}/_{oo}$ in a population of 373.401 inhabitants. Age, sex, environment, marital state, somatic precedents, psychic precedents susceptible to interfere with the dinamics of the suicidal act are reviewed. A special analysis is carried out as to the modalities of commiting suicide, the motives as well as the relations with meteoro-climatic factors. The conclusions allow to bring into relief the peculiarities of the suicide for this area during the period investigated.

Key words : suicide, statistics incidence.

SUICIDE AND PARASUICIDE. EPIDEMIOLOGICAL STUDY (A REFERENCE STUDY FOR 1986 IN THE COUNTY OF MURES)

by

MARIETA GRECU GABOS, IOSIF GABOS GRECU

With this epidemiological study we intend both the knowlege of the suicidal and parasuicidal rate in the cpunty of Mureş and the presuicidal sindrome and some other factors that interfere in favouring and triggering the suicidogenic mechanism. The authors stress on the necessity of finding some possibilities of care delivery in a service of intervention during crisis and with a role for the suicidal prophilaxy.

The investigation and the study of socio-family, economic, relational, psychopathological motivational data of some other demographical variants of the cases of suicide encoun-

tered in the county of Mureș in 1986 (140 suicides and 703 attempts).

Out of our data, 2,2 % of the total deaths in 1986 (6 811) were suicides while the rate of the parasuicide is 1 - 4.8 the rate of the suicide being thus of 23 °/oo and of parasuicide is 114.4 °/oo (1986).

Conclusions : the psychodinamic importance of suicidal behaviour derives both from the affective factors and the relational ones. In such critical situations the important role of the psychiatrist tents to achieve the diminuation and avoidance of anxiety, dispair, rage and other phenomena that stimulate the egolysis concomitantly with an enforcement of the mechanisms of self-defence and overcoming the existential crisis.

Key words : suicide, epidemiological study

PSYCHOPATHOLOGICAL CONSIDERATIONS REGARDING SOME DISORDERS OF BEHAVIOUR IN EPILEPSIES

by

D. CHIRA, CARMEN GAVRILOVICI, VIOLETA NITA

The authors intend to investigate the main psychopathological structures by the genesis of disbehavioural manifestations in epileptic pacients, based on the data in literature. Among a certain population of epileptic pacients the subjects for this study have been selected in whom the neuronal proximities are associated with psychic disorders. The authors analyse the psychopathological traits that trigger the inadequate behaviour according to the paroxistic evolution and, respectively, the intercritical evolution (with transition or permanent characteristic) of these disorders. The authors conclude on the necessity of a differentiation of the care delivery for the epileptic pacient that should be related to his psihopathological dangerousness and to provide some efficient adaptative mechanisms.

Key words : psychopathological structures, behavioural disorders.

SOME ASPECTS OF SEVERE VIOLENCE WITHIN MARITAL RELATIONS

by

M.E. BERLESCU, CAROLA OFFENBERG

The pathology of dysfunctional couples has various manifestation forms. Taking into account one of the classifications used for these forms, in this paper we dwelled upon the analysis of aversive behavioural exchanges, self- and hetero- aggressiveness, and especially upon that manifested by severe violence - homicide, attempted homicide and severe body damage - in Iaşi town and district in 1991. We refer only to the cases that were forensic-psychiatrically expertised in our hospital. The presence of some features characteristic to couple relations was looked for. The results seem to indicate a decrease in the incidence of the analysed violence types within conjugal relations in the conditions of socio-economic transition our country goes through. It also comes out that the manifestation forms of couple pathology are independent, in a couple not existing associated syndromes according to the classification used. The increased incidence of severe mental disturbances in these couples are also worth mentioning.

Key words : intrafamily aggressiveness, violence, dysfunctional marrital couples.

PSYCHOPATHOLOGICAL PECULIARITIES REGARDING THE CARE OF DIFFICULT SITUATIONS IN BELLIGERANCE

by

V. ARMASU, C. CHELEMEN

Based on their own experience, the authors review the peculiarities of some diseases and clinical sindromes in the difficult situations of belligerance. Thus the histerical reactions, the acute anxious reactions and chronic anxiety are chronic anxiety are analysed. The clinical aspects are analysed

Scanned with OKEN Scanner

by : the circumstances of the setting of these sindromes and their role in somatizing the emotions the individual manifestations in the anxious, confusional, acute delirious, histerical, psychosomatic and collective forms.

The cases analysed here refer to 18 cases investigated for paroxistic neurologic manifestations that had been attributed to crises of anxiety refered at as differential diagnosis in the panic breakdown.

Key words : anxiety, belligerant situations.

MEANINGS OF SOME COMMUNICATION WAYS IN DISTURBED FAMILIES

by

M.E. BERLESCU

The present day discussion upon the family disturbances directs to the high number of functions and processes that were identifyed as being active into the family process. Communication seems to be one of the most important aspects of the marital relationship. Its forms and disturbances could play a predictable role for some mental disabilities. Sometimes the aggressive behaviour could also be considered as a communication way that signals an extra-family stress and a need for help. At the same time a so named disturbed communication way could represent a benefit for some mental disorders.

Key words : family disturbances, communication way, intrafamily disturbed relationship homeostasis.

Scanned with OKEN Scanner

JUVENILE AUTISM - BIOCLINICAL AND CARE DELIVERY ASPECTS

by

C. BARABOISCHI, MARIA COSMOVICI,
RODICA CANTORIU, C. ROMANESCU

Juvenile autism, as a bioclinical syndrome and suffering is still a subject of controversies and rejections whose psychopathological clarification remains a matter of treatment and care options.

The authors, pedopsychiatrists and psychologists, researched selectively, by means of pluridisciplinary medical investigations 4o out of a total of 67 cases in evolution; they are clinical cases investigated and cared. The investigations were carried out in the Mental Health Laboratory (MHL) and by periodical clinical admissions in the University Hospital of Psychiatry "Socola" Iaşi during a period of 17 years (1976 - 1992). The medical aspects of the clinical cases regard the age stages they have been taken into files, their evolution, the investigations carried out, clinical and care peculiarities, and the pathobiographical aspects correlated with the family and general environment.

"Portage" programme and an itemization criterion were used. Based on these observations the authors attempt a model of care delivery and rehabilitation.

Key words : autism, juvenile autism, clinic care delivery.

ALGOPATHIC SINDROME. PSYCHO-NEURO-PHYSIOPATHOLOGICAL INTERFERENCES

by

V. CHIRITA

The frequency of the association depression-pain allow the author to estimate actual model of approaching

pain according to the dimensions of sensorial (discriminating), and affective and emotional, cognitive and behavioural order. The complex of neurophysiological, affective and psychological factors are correlated in triggering and the evolution of pain (algia) according to the individual reactivity, environmental relationship and the social and cultural environment. The efficience of antidepressive drugs in the therapy of pains explained by the action on the serotosynergic systems pleads for the clinical relation depression-pain but also for the analgesic proprieties irrespective of the timoanaleptical effect. The results of some clinical studies carried out of some antidepressive drugs (Imipramine, Amitriptiline, Mianserine, Maprotiline) brings into relief their effect on algopathic complaints in various forms of manifestation and locations. The amelioration of pain, objectivized by a dinamic application of Hamilton scale for depression is depicted earlier as compared with the amelioration of the symptoms of depression a fact that confirms the analgesic features of the antidepressive drugs. The maintenance and enforcement of these effects during the investigation, in parallel with the amelioration of the depressive symptomatology support the clinical correlation depression-pain underlining the complexity of the algopathic sindrome in its somatic and psychic dimensions.

Key words : algopathic sindrome, depression-pain

ELEMENTS OF PSYCHONEUROLOGY AND NEUROCHEMISTRY IN CEREBRAL DEGENERATIVE DEMENTIAL PATHOLOGY OF ALZHEIMER TYPE

by

LACRAMIOARA FARCASEL

Current trends in scientific research concerning Alzheimer dementia are based upon several pathogenetic hypotheses, each of them with therapeutic corollary. Both cholinergic neurotransmitter deficit and lack of choline justify the therapeutic approaches with acetilcholine precursors, cholinesterase inhibitors, muscarinomimetics and K-channel inhibitors. The structural and functional abnormality of TAU protein induced, at least hypothetically, by endogenous glutamate in excess bring into focus

the use of glutamat antagonists, Aluminium as well as amyloid neuro toxicity suggest that Al chelators and P neuropeptide could be useful therapeutic agents. Mutagenic anomalies of the 21, 14 and 19 chromosomes are actual reasons for the genic therapy in Alzheimer's disease.

Key words : Alzheimer, amyloid, aluminium

BIOLOGICAL INVESTIGATIONS IN THE SINDROME OF DEPRESSION

by

ROXANA CHIRITA

The extension of biological and psychopathological research work expresses the attempt to elucidate the ethiopathogenic mechanisms of the depressive sindromes. The difficulty of establishing some correlations between the disorders of moods and biological changes emerges from the haeterogenity of the depressive sindromes and pathogenic multitude of factors. The estimation of certain specific markers of depression with value of nosographical index, predictive or therapeutic indices, contribute to the differential elaboration of the diagnosis and therapeutic strategy. The reasoning of these posibilities emerges from the analysis of the present study of the research work in the field of biological markers, the improvement of radioactive techniques, the investigation of endocrine systems, neurophysiological investigations and the identification of polygraphic markers, genetical studies and neuro-endocrino- immunological researches. In this way the authoress underlines the contribution brought about by biological investigations in psychiatry through the estimation of some biological or electrophysiological characteristics. Their identification opens new modalities of approaching the depressive sindromes in the attempt to descypher the ethiopathogenic mechanisms based on objective scientific background.

Key words : depressive sindrome, marker

Scanned with OKEN Scanner

EXPERIMENTAL INVESTIGATION IN APPLIED CLINICAL PSYCHOLOGY

by

T.PIROŻYŃSKI, N. COSMOVICI, V. PARASCHIV

Generalizing the positive and advanced experience of the School of Psychiatry of Iaşi the authors consider that the experimental pathological investigation is a reference point and one of the most important conditions of the activity of populational psychiatric care delivery acieved through psychodiagnosis, psychotherapy to which the interdisciplinary, fundamental and applicative scientific research in the psychopathological sindromes within the clinic of psychiatry is added.

Key words : clinical psychology, experimental investigation

PSYCHOSTATISTICAL VALUE OF KOHS TEST ITEMIZATION

by

MARIA COSMOVICI, N. COSMOVICI, V. PARASCHIV

The authors and implicitly the test batteries which make use of Kohs cubes (in various variants) brings into relief the current usage in psychological investigations; the authors insist on the psychological and statistical values. On the basis of some medical and psychological investigations of the young child (5 - 7 years of age), within the componence of L.S.N.S.I. batteries - the test of Kohs test (the Kohs-Goldstein form) show mono- and multi-dimensional values in the operational structures of thinking and the ability of learning on the basis of psychogenetic acquisitions and of the imitative-constructive virtues.

The itemization of the test was carried out in a significant statistical sample (1,337 girls and 1,424 boys), by

means of the decilo-quartilic method offering thus the possibility of statistical comparison with items in some other countries as well as those in Cluj and Bucharest.

Key words : Kohs test, itemization

EMERGENCY OF PSYCHOTHERAPY INTO PSYCHIATRIC CLINIC
- a research model proposed and applied by the Psychiatric School of Iaşi -

by

T. PIROŻYŃSKI, N.COSMOVICI, MARIA COSMOVICI, V.PARASCHIV

Estimating associatively the medico-psychological investigation in a sample of 18o pacients admitted in our hospital for the intake of amitriptiline and triptisole in the depressive states the authors "delimited" the psychotherapeutic, "scalar" influence of the anti-, peri-,and post-therapeutic interventions. They give their findings in the annexed tables within clinical therapeutic drug context. As it is seen the authors plead for a qualified efficience of psychotherapy, according to the proposed model.

Key words : psychotherapy, clinical research